POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA PILTZA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Luty — ROCZNIK SIÓDMY — 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

Zajęcie rogówki iskrzącym się rozpływem ciałka szklistego (Synchisis scintillans).

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Obecność srebrzystych iskrzących się kulek, widocznych przy wziernikowaniu dna oka, nazywa się »iskrzącym się rozpływem ciałka szklistego«.

Anatomicznym podkładem iskrzącego się rozpływu ciałka szklistego są kryształy cholestearyny i tyrozyny, niekiedy fosforany [1]). Według E. Meyer'a [2]) spotyka się kryształy cholestearyny w soczewce, siatkówce, a także pomiędzy siatkówką a naczyniówką. W oczach bezsoczewkowych znajdowano kryształy cholestearyny w przedniej komórce oka (Schöler).

L. Mauthner [3]) utrzymuje, że kryształy cholestearyny w ciałku szklistem, nieuległem rozpływowi, są jakby zawieszone i przy poruszeniach gałki ocznej wykonywają tylko bar-

dzo nieznaczne ruchy wahadłowe; przeciwnie przy rozpływie ciałka szklistego leżą owe kryształy na samym spodzie; przy poruszeniach oka wzlatują, jak iskrzące się rakiety, w górę.

Zdarza się jednak, że wygląd iskrzącego się rozpływu niekiedy jest inny: tak Thomson [4]) opisał wypadek iskrzącego się rozpływu u kobiety 45letniej, w którym kryształy cholestearyny nie pływały, jak zwykle, w ciałku szklistem, ale miały wygląd nieruchomych, we wszystkie strony rozpostartych cieniuchnych gałązek szronem pokrytych.

Inny, bardziej jeszcze od zwykłych opisów odmienny wypadek iskrzącego się rozpływu spostrzegałem u 21letniej D. Sz. z guberni witebskiej [5]). Dn. 26 marca r. 1890 zwróciła się chora do lecznicy, prosząc o usunięcie zaćmy w oku lewem w celu kosmetycznym.

Badanie przy świetle dziennem rozproszonem wykazało. co następuje:

Ok. pr. krótkoogniskowość wysokiego stopnia.

Ok. lew. rogówka nienaruszona, tęczówka nieco odbarwiona, ale wrażliwa na światło, atropinę i ezerynę; soczewka zaćmiona.

Badanie światłem ogniskowem wykazało, że przednia komórka napełniona jest srebrzysto połyskującymi kryształami cholestearyny, zawieszonymi nieruchomo w cieczy wodnistej przedniej komórki oka; $V = 0$.

Przy szybkich poruszeniach oka z góry na dół i z prawa na lewo daje się zauważyć bardzo nieznaczny ruch wahadłowy iskrzących się kryształów, zamieszczonych w cieczy wodnistej.

Unieruchomienie kryształów w cieczy wodnistej dowodzi, że w danym wypadku ciecz wodnista posiada wagę gatunkową równą wadze gatunkowej kryształków cholestearyny.

Ale nie tylko w cieczy wodnistej przedniej komórki oka znajdują się iskrzące się kryształy cholestearyny, cały miąższ rogówki iskrzy się nimi, cała bowiem rogówka aż do warstwy przybłonka gęsto jest jakby ponabijana drobnymi kryształikami iskrzącymi się przy oświetlaniu rogówki.

Tak iskrząca się rogówka podobna jest do iskrzącego się lodu na wiosnę.

Przed 3ma laty w oku tem było oderwanie siatkówki*).

Literatura.

1. A. Alt: Conp. d. Hist. d. Auge, str. 216. 1880.
2. E. Meyer: Handb. d. Augenheilk. 1883, str. 285.
3. Mauthner: Lehrb. d. Ophthalmoscopie. 1868, str. 152.
4. Thomson: Synchisis scintillans. — Ophthalm. Record, p. 240. — Jahrber. d. Ophth. f. d. 1900.
5. Noiszewski: Zapiski lecznicy ocznej w Pohulance. — R. 1890. L. 552.

Ichtyolan cynku (Zincum sulfoichthyolicum) w przed i pooperacyjnem leczeniu zaćmy starczej.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Leżenie na wznak w ciągu dziesięciu dni bez ruchu, cięcie liniowe, opaska uciskowa, postępowanie przeciwgnilne, postępowanie bezgnilne, usuwanie worka łzowego, usuwanie rzęs, w końcu usuwanie samej opaski — oto długie i wymowne dzieje walki z powikłaniami pooperacyjnemi zaćmy starczej.

Pomimo to wszystko każdy operator z pewnym niepokojem opatruje oko operowane nazajutrz, a Snellen[1]), mówiąc o postępowaniu bezgnilnem przy operacyach na oku, twierdzi, że »auch nach tadellosesten Kataraktextraktionen hat jeder Operateur hin und wieder Wundeiterung erlebt«.

---

*) Przed wielu laty spostrzegałem u dziewczynki 10letniej *synchisis* ciałka niezwykle silną wraz z przejściem zwyrodniałego ciałka szklistego do przedniej komory. Po wydobyciu przez nakłucie rogówki płynu z przedniej komory, niebawem ta masa szarolśniąca pojawiała się znowu w przedniej komorze. Przypadek ten, dotychczas nieogłoszony, opiszę szczegółowo później. *W.*

Zdarza się to i przy otwartem leczeniu ran rogówki, o którem słusznie utrzymuje prof. Wicherkiewicz[2]), że i ono nie zabezpiecza od zakażeń: »i bez tego postępowania miewamy 200, 300 wypadków bezropnych, a potem nagle kilka i kilkanaście zakażeń od razu«.

Ostatnimi czasy zwrócono w chirurgii uwagę na jeden ważny bardzo czynnik zakażenia podczas operacyi; mianowicie na mówienie podczas operacyi.

Tak Mendes Leon[3]) utrzymuje, że podczas operacyi ani operator, ani otaczający mówić nie powinni, a to na podstawie następujących doświadczeń: mówił on przez $1^1/_2$ minuty nad płytką Petri'ego oddaloną od ust o 30 cm. Po włożeniu następnie płytki tej do termostatu znajdowano na niej liczne osady paciorkowców, gronkowców i dwójkowców.

Podług tego autora na 100 wyrazów wypada 60 kropel śliny, każka zaś kropla śliny zawierała 4375 gnijów; przeważały paciorkowce.

Za przykładem chirurgów i okuliści również wstrzymują się od mówienia, co jednak jest zadaniem daleko trudniejszem przy operacyach na oczach, ponieważ zwykle operujemy bez narkozy, którą zastępuje wpływ moralny operatora; nieraz więc musimy przemawiać dla uspokojenia chorego.

Na szczęście zdaje się jednak, że nie tyle szkodzi mówienie, ile stan ust i nosa zarówno u operatora, jak i u osób otaczających operowanego.

Nieraz już uważałem, że dostatecznie, żeby osoba, cierpiąca na pruchnienie zębów i wogóle mająca usta lub nos niezdrowe, była obecną przy operacyi, by zakażenie niezwłocznie wystąpiło w mniejszym lub większym stopniu. Szczególniej niebezpieczne jest trzymanie chorego za głowę i oddychanie nad głową. Zresztą nawet osoby, mające w zupełnie dobrym stanie nos i usta, dobrze zrobią, jeśli przed operacyą wypłuczą je sobie roztworem nadmanganianu potasu.

Najczęstszą przyczyną zakażeń pooperacyjnych są paciorkowce i to nie tylko w czasie samej operacyi, ale i później aż do 5go dnia włącznie.

Uniknąć zanieczyszczenia rany tak lotnym zarazkiem, jak są paciorkowce, niełatwo.

Doświadczenie kilku lat ostatnich przekonało mnie, że przetwory ichtyolowe są lekiem prawie tak samo swoistym w zakażeniu paciorkowcami, jak chinina w zakażeniu bagiennem, a rtęć w zakażeniu kiłą.

Przeciwnie działanie przetworów ichtyolowych przy zakażeniach gronkowcami i płucowcami (pneumokokami) jest albo żadne, albo nawet niekorzystne dla zakażonego ustroju.

Swoistość zaś i skuteczność przetworów ichtyolowych w zakażeniach paciorkowcami jest tem większej wagi, że każdego innego zakażenia łatwiej jest uniknąć, aniżeli zakażenia paciorkowcami.

Przetwory ichtyolowe używane są tutaj w podwójnym celu: albo dla uniknięcia zakażenia w wypadkach podejrzanych przed operacyą, albo w celu zwalczania, a przynajmniej osłabienia zarazka, gdy zakażenie już nastąpiło.

W tym właśnie celu używa prof. Wicherkiewicz 5%owej maści ichtyolowej, smarując nią brzegi powiek po operacyi zaćmy (l. c. str. 98).

Moje postępowanie z ichtyolanem cynku przy zaćmie starczej jest takie:

Najcieńszy, jaki tylko dostać można, papier parafinowy kraje się na kawałki 5—6 cm długie i 3—4 cm szerokie i składa się je do słoika z 90%owym wyskokiem dla wyjałowienia i zachowania w stanie bezgnilnym. Następnie, gdy trzeba, wybiera się taki skrawek wyjałowionemi szczypczykami, układa się na podkład z waty hygroskopowej i pokrywa warstwą ichtyolanu cynku według przepisu:

Zinc. sulfoichthyolici 5,0
Lanolin. anhydrat.
Vasel. alb. anseri $\overline{aa}$ 2,5
MDS. Maść na powieki.

Jak już powiedziałem, innem jest postępowanie z tą maścią dla zapobiegania zakażeniom paciorkowcami, innem znowu przy leczeniu zakażenia.

W pierwszym wypadku na kilka dni przed operacyą nakłada się lekką opaskę ichtyolową, to jest z cienką warstwą ichtyolanu cynku.

Jeżeli maść nałożona była cienką warstwą, nie doświadcza przytem chory żadnych dolegliwości, wiadomo bowiem, że skóra doskonale znosi przetwory ichtyolowe. Opaskę taką zmienia się raz lub dwa razy na dobę i ma ona doniosłe znaczenie przy nieco podejrzanym wyglądzie dróg łzowych. Zakraplanie siarczanu cynku z kokainą, lekkie mięsienie i maść ichtyolanowa mogą nieraz zupełnie usunąć lżejsze stany zapalne dróg łzowych.

Oczywiście, że w takich razach postępowanie wyżej podane trwać nieraz może kilka tygodni nawet, aż wszelkie ślady nieprawidłowego stanu dróg łzowych ustąpią. Wtedy dopiero przystąpić można do operacyi.

Po operacyi maść zastąpić należy przetworami obojętniejszymi dla skóry, n. p. roztworem kolargolu 1:100.

W razie jednak zakażenia, opaskę z kolargolu należy usunąć i nałożyć znowu opaskę ichtyolanową.

Teraz jednak maść nakłada się warstwą grubą na 3, a nawet 5—6 mm. Zwykle taką opaskę nakłada się raz na dobę. Chociaż tak gruba warstwa ichtyolanu cynku sprawia pieczenie, to jednak chorzy opaskę taką znoszą zwykle bardzo dobrze, a następstw złych nie tylko nie sprowadza, lecz zachować może niejedno oko, zagrożone zakażeniem, a nawet już zakażone*).

Literatura.

1. Snellen: Operationslehre, str. 6. — Graefe-Saemisch 2te Aufl. 48 Lieferung.
2. Wicherkiewicz: Kilka słów w sprawie opasek ocznych. — Post. Okul., str. 63. 1903.
3. Mendes L.: Arch. f. klin. Chir. LXXII, 4.

*) Działanie maści ichtyolanowej tłómaczy się tutaj wchłanianiem jej przez skórę i drogi chłonne powiek oka i oczodołu.

II. NOWE PRZYRZĄDY.

Nowy przyrząd do sterylizowania, zawierający przybory i opatrunki okulistyczne.

Podał
BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

(2 ryciny w tekscie.)

Zmiana opatrunku u operowanych na oczy, szczególniej po operacyi zaćmy, wymaga często niemałej ostrożności pod względem aseptyki materyału opatrunkowego i używanych środków.

A jakże często zapomina się tego lub owego, jakże często właśnie środek, wskazany ze względu na stwierdzony stan oka, wogóle nie jest pod ręką lub znajduje się w stanie niepewnym co do swej jałowości.

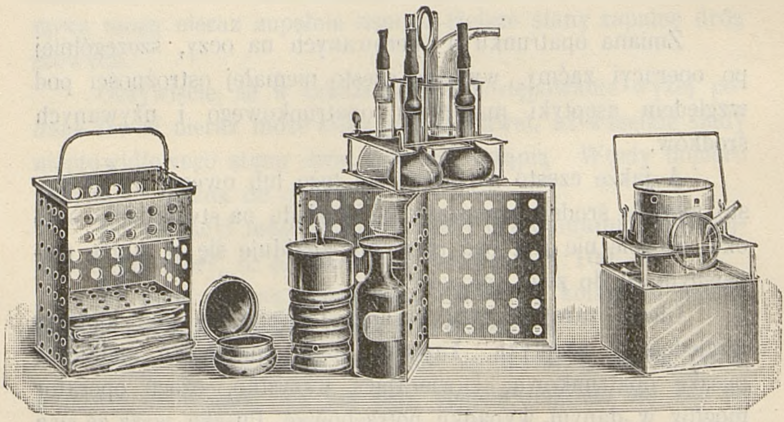
Chcąc zaradzić tym brakom i licząc się pod każdym względem z aseptyką, kazałem sobie sporządzić metałową puszkę opatrunkową, zawierającą wszystko, czego operator mógłby w danym wypadku potrzebować. Puszka wraz ze swą zawartością daje się w łatwy i pewny sposób sterylizować

Ponieważ od szeregu lat prawie do wszystkich operacyi, szczególniej zaś, gdy chodzi o operacyę zaćmy, używam opatrunku papierowego, przeto głównie uwzględniony został materyał do tego opatrunku potrzebny, puszka również zawiera wszystko, co wymaganem jest do zwykłych opasek zwojowych.

Puszka, jak to przedstawia fig. 1, jest czworokątna, 17,5 × 12 × 15 cm.

Wybrane zostały właśnie te rozmiary, aby puszka mogła się łatwo pomieścić w dolnym oddziele sterylizatora O s t w a l d'a, może być jednak również dobrze sterylizowana w każdym zwykłym sterylizatorze. Zamyka się ona za pomocą metalowej sprzączki, tak, aby przy przenoszeniu uniknąć odsunięcia się otworów. Można ją więc przenosić w stanie jałowym i ma się

pewność, że nie została dotknięta ręką niepowołaną. Po usunięciu zasuwki i podniesieniu wieka opiera się takowe na dwóch przytwierdzonych z tyłu pręcikach, które można przez odpowiedni mechanizm tak ustalić w położeniu poziomem, by służyły za podstawę dla wieka, którego wewnętrzna powierzchnia, będąc jałową, może być użytą do składania rozmaitych przyborów. Do niej przytwierdzone jest metalowe płaskie pudełko, zawierające odpowiednio przykrojone papierki do papierowego opatrunku.



Ryc. 1.

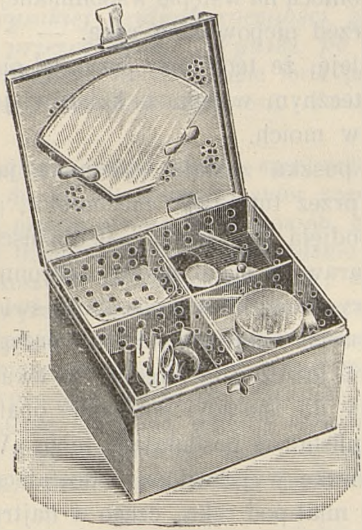
Puszka zawiera w swoich 4ech oddziałach następujące przedmioty:

1. Zwierciadło wklęsłe (reflektor) składane, z rękojeścią; jest ono pokryte miedzią i znosi sterylizacyę, służy zaś do oświetlania oka za pomocą światła. zwracanego od źródła świetlnego, umieszczonego za chorym lub obok niego.

2. Puszkę metalową, otwartą z boku. zawierającą 3 pudełka do maści (Xeroform x, Thigenol t, Ask [Atropina, skopolamina i kokaina]). Pudełka są metalowe i mieszczą w sobie słoiki szklane.

Dalej podłużną flaszeczkę z gąbką do gumy arabskiej do przyklejania papierków; flaszkę z rozcieńczonym spirytusem do czyszczenia palców lub do opaski S a l z w e d l'a.

W drugim oddziale znajduje się metalowa podstawka, zawierająca flaszeczki z zakraplaczami na pilokarpinę i kokainę, pręciki do maści, wysmukłą undynkę z rozczynem boru do opłukiwania i szczypczyki do chwytania przedmiotów opatrunkowych. Flaszeczki wyjmuje się z podstawki po zwróceniu zastawki na prawo.



Ryc. 2.

Trzeci oddział zawiera podstawę, dającą się wyjąć za pałączek. W górnej części znajduje się puszka z otworami, dająca się szczelnie zamknąć przez obrócenie wieka, a służy do płatków gazowych; dalej 2 wypukłe soczewki, + 15 i + 20 D, służące do bocznego oświetlania oka. Dolny przedział da się wyciągać i jest zaopatrzony w otwory, tak, że jego zawartość (opaski z gazy i organtyny) przy odsunięciu przedziurawionego dna przystępna jest również sterylizowaniu.

Czwarty oddział zawiera etażerkę na watę i ściereczki.

Pojedyncze etażerki, napełnione materyałem, wkłada się do pudełka po odsunięciu otworów sterylizacyjnych. Puszkę zamyka się, odsuwa płytki, znajdujące się na wieku i pod dnem, o tyle, aby ich otwory przypadły na otwory ścian tak,

żeby para mogła swobodnie przechodzić. 30—40 minut trwające sterylizowanie w aparacie Ostwald'a wystarcza, aby całą zawartość pudełka wyjałowić i przygotować do użytku w niezmienionym stanie.

Po wysterylizowaniu, a przed użyciem, zasuwa się znowu wyżej wspomniane płytki tak, że puszka staje się szczelnie zamkniętą. Za pomocą na wstępie wspomnianej sprzączki ochraniamy puszkę przed niepowołaną ręką. —

Mam nadzieję, że ten nowy przyrząd opatrunkowy okaże się równie pożytecznym w rękach kolegów, jak się okazuje od pewnego czasu w moich.

Pierwotna puszka została wykonana jako wzór według mego przepisu przez tutejszego mechanika, p. Ornatowskiego, a powielania podjęła się firma »Medizinisches Warenhaus« w Berlinie, postarawszy się o markę ochronną.

W mojej prywatnej klinice puszka ta świeżo sterylizowana do wizyty u chorych operowanych stoi przygotowana.

Posiada ona jeszcze i tę wygodę, że lekarz wezwany poza dom ma wszelkie do operacyi potrzebne opatrunki i leki w jałowym stanie, okulista zaś posiadający moje »Vademecum oculisticum« i tę puszkę wyjałowioną i dostatecznie zaopatrzoną, wszystko będzie miał pod ręką, czego w najtrudniejszych przypadkach chorobowych i operacyjnych mógłby zapotrzebować.

III. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. Październik i listopad 1904. T. CXXXII. (Ref. Dr Matusewicz).

Leczenie wysokiej krótkowzroczności za pomocą usunięcia soczewki przezroczystej. Wyniki po dłuższym przeciągu czasu (Traitement de la myopie forte par l'extraction du cristallin transparent. Résultats éloignés.). Feliks Lagrange (Bordeaux).

W 20 wypadkach operowanych i spostrzeganych przez czas dłuższy (niektóre do lat 8) zauważył autor znaczny przyrost bystrości wzrokowej, prawie zawsze w dwójnasób, niekiedy w trójnasób. Przyrost ten tłómaczy autor, wbrew zdaniu Pflüger'a, nie zmienionymi na korzyść warunkami krążenia, ale wprost zmianą refrakcyi. Jak to wykazał Bordier (thèse, Bordeaux, a potem Archives d'Ophthalmologie. 1894.), krótkowidz przez korekcyę za pomocą szkieł otrzymuje pozorną bystrość wzrokową, niższą od swej rzeczywistej, z hyperopem dzieje się odwrotnie: otrzymuje on za pomocą szkieł bystrość wzrokową pozorną wyższą od swej rzeczywistej. Ponieważ więc krótkowidz staje się po operacyi przeważnie hyperopem, przeto tem samem jego bystrość wzrokowa wzrasta.

Zmniejszenie się stopnia refrakcyi wahało się pomiędzy 19—25 D.

Zmiany wewnętrzne, w wielu wypadkach bardzo silne przed operacyą, nie uległy pogorszeniu.

Odczepienia siatkówki po operacyi autor nie widział w żadnym wypadku. W niektórych wypadkach utworzyła się po jakimś czasie błonka, którą z łatwością usunięto za pomocą dyscyzyi.

Co się tyczy wpływu operacyi na rozwój dalszy myopii, to nie udało się zauważyć jej postępu nawet u osobników bardzo młodych (lat 8—10), gdzie można było oczekiwać wydłużenia się gałki z wiekiem. Autor przypisuje ten dobry skutek usunięciu akomodacyi.

Zresztą operacya była wykonana we wszystkich wypadkach (z wyjątkiem 2) na jednem, gorszem oku dla widzenia w dal, usunięto więc widzenie obuoczne, a z tem wysiłek konwergencyi.

Autor podaje opis operacyi, nie różniącej się zresztą niczem od zwykle wykonywanej.

Schorzenia rogówki w kile nabytej (Les altérations de la cornée dans la syphilis acquise.). H. Villard (Montpellier).

Niegdyś Hutchinson, Graefe i inni zaprzeczali możliwości zchorzeń rogówki przy kile nabytej. Późniejsze doświadczenia wykazały niesłuszność tego zapatrywania.

Autor przy okazyi spostrzeganych przypadków grupuje dotychczasowe dane z literatury.

Na ogół przypadki są rzadkie, według stopnia częstości dadzą się w następujący sposób ugrupować:

1. *Keratitis interstitialis:* a) *keratitis interstitialis diffusa,* b) *circumscripta.*
2. *Keratitis punctata.*
3. *Gummata corneae.*

Z 3ech pierwszych postaci autor opisuje spostrzegane przez siebie przypadki

Pierwsza postać przedstawia znaczne podobieństwo z typową *keratitis interstitialis*, występującą prawie zawsze na tle dziedzicznej kiły.

Główne różnice, mogące zarazem służyć za charakterystykę, są następujące:

1. Występuje prawie zawsze u dorosłych.
2. Zazwyczaj na jednem oku.
3. Nacieczenie jest mniej rozlane.
4. Minimalna skłonność do unaczynienia się, które trwa krótko po wystąpieniu
5. Podrażnienie bardzo nieznaczne.
6. Szybkość rozwoju.
7. Bardzo wyraźny wpływ leczenia swoistego.
8. Nawroty tylko wyjątkowo.

Rokowanie jest przeważnie dobre. Leczenie miejscowe za pomocą gorących okładów, tuszów parowych, atropiny. następnie masażu maścią żółtą. W poważniejszych wypadkach radzi uciekać się do zastrzykiwań podspojówkowych sublimatu.

Ogólne leczenie rtęcią lub wcierkami, bądź też zastrzykiwaniem podskórnem i jodem w szybko wzrastających dawkach.

Keratitis interstitialis circumscripta jest postacią rzadszą od poprzedniej. W dotąd spostrzeganych przypadkach częściej występuje u kobiet, niż u mężczyzu, w wieku od lat 30—50ciu. Występuje, przeważnie na jednem oku, nacieczenie, umiejscowione na obwodzie, często przybiera postać trójkąta, wierzchołkiem zwróconego ku środkowi. Unaczynienie może trwać długo. W przeciwieństwie do poprzedniej postaci towarzyszy jej silny światłowstręt, łza-

wienie, ból, trudno poddający się środkom ogólnym i miejscowym. Prawie zawsze występuje zapalenie tęczówki, niekiedy dotknięta jest i naczyniówka.

Opisane są wypadki złośliwego zapalenia tęczówki.

Według Alexandr'a i Nagl'a chodziłoby wtedy o zchorzenia rogówkowe natury troficznej, wywołane przez *neuritis degenerativa* nerwów rzęskowych, dotkniętych wskutek zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego.

Rokowanie poważne, leczenie swoiste ma mniej wyraźny wpływ na przebieg choroby, niż w poprzedniej postaci.

Leczenie na ogół to samo, co w poprzednich postaciach z uwzględnieniem stanu tęczówki (atropina, pijawki, Heurteloup na skroń i *processus mastoideus*, środki przeczyszczające, zastrzykiwanie podspojówkowe przetworów rtęciowych, środki uspokajające miejscowe i ogólne i t. d.).

Keratitis punctata, także *keratitis punctiformis* (Hock) jest, według de Wecker'a, bardzo rzadką postacią. Występuje w *lues secundaria* i *tertiaria*. Znamionuje się małemi kropeczkowatemi zmętnieniami, wyraźnie ograniczonemi, wielkości główki od szpilki, a występującemi w tylnych warstwach tkanki rogówkowej. Zmętnienia te występują i znikają dość szybko. Nastrzyknięcie rzęskowe i podrażnienie bardzo nieznaczne. Dotyk prawie zawsze bolesny, bóle samoistne natomiast słabo wyrażone.

Brak objawów ze strony tęczówki i ciała rzęskowego, jakoteż położenie zmętnień w miąższu rogówki pozwalają odróżnić ten obraz chorobowy od *keratitis punctata posterior* przy *iritis serosa*.

Rokowanie jest dość poważne, nacieczenia bowiem są dość uparte, a następnie pozostawiają plamki, upośledzające bystrość wzrokową.

Leczenie to samo, co i w poprzednich postaciach.

Gummata rogówki. Najpewniejszy przypadek, bo stwierdzony autopsyą i badaniem histologicznem, opisany jest przez Denarié, a spostrzegany i badany przez Gayet'a. Na ogół przypadki są rzadkie i niewszystkie dosyć pewne. Trudnem jest różniczkowe rozpoznanie między *keratitis interstitialis*, a jeszcze trudniejszem między *abscessus corneae*.

Rokowanie dość poważne, poprawia się przy pewnem rozpoznaniu, leczenie swoiste bowiem wywiera dobry skutek.

Krótkowzroczność po urazie, spowodowana przez wypchnięcie soczewki ku przodowi (Myopie traumatique par propulsion du cristallin en avant.). A. Bourgeois (Reims).

Nieliczne przypadki, opisane w literaturze, zebrane są w pracy

Bouchart'a (Recueil d'Ophthalmologie. 1901.). Oprócz tego jest parę przypadków, opisanych przez Darier'a, i przypadek Gueude.

Krótkowzroczność spostrzegana była objawem przemijającym. Wyjątek stanowi przypadek, opisany przez Darier'a, a zbliżony do tych, które opisuje autor. Soczewka w tych przypadkach była wypchnięta ku przodowi, przysunięta zupełnie do tęczówki z całkowitem zniesieniem przedniej komory.

Po wyleczeniu urazu, oraz usunięciu napadów jaskry następowej, pozostała krótkowzroczność, a, co za tem idzie, trwałe upośledzenie wzroku i zmniejszona zdolność do pracy. Przypadki mają więc znaczenie poważne, gdy chodzi o odszkodowanie. Jeden z przypadków, opisanych przez autora, jest ciekawy z tego względu, że w 6 miesięcy po urazie oko musiało być wyjęte z powodu szybko rosnącego *sarcoma.* Na oku tem autor zauważył oprócz wypchnięcia soczewki irydodyalizę, przypuszcza więc, że oderwanie tęczówki nastąpiło w tem właśnie miejscu, gdzie się mieścił wtedy jeszcze zapewne bardzo mały nowotwór.

Mimochodem porusza autor teoretyczną kwestyę powstawania krótkowzroczności, którą tłómaczono powszechnie, w myśl teoryi Helmholtz'a, silniejszem wypukleniem soczewki wskutek rozluźnienia więzadełka Zinn'a. Autor sądzi, że słuszniej możnaby ją objaśnić wypchnięciem cieczy wodnej do tylnej komory, która to ciecz, uciskając na obwodowe części soczewki, sprawiałaby powstawanie stożka soczewkowego, zgodnie z teoryą Tscherning'a.

Leczenie operacyjne ectropium senile (Le traitement opératoire de l'ectropion sénile.). A. Terson.

Autor przypomina, ogłoszony już przez siebie w 1896 roku (Archives d'Ophthalmologie A. Soc. d'Opht.), sposób operowania ectropion, nowe bowiem doświadczenia w tym kierunku przekonały go o pożytku tej metody.

Operacya polega:

1. Na wycięciu wału zmienionej spojówki od *commissura externa* do *interna* za pomocą szczypczyków ząbkowanych i nożyczek zakrzywionych, bardzo szpiczastych. Trzeba przytem uważać, aby załamek pozostał nienaruszony; dobrze jest wyciąć nieco spojówki poza punktem łzowym, która ma dużą skłonność do wywinięcia się. Szwów się nie zakłada.

W okolicy *commissura externa* podnosi się załamek skóry szczypczykami lub palcami, póki się *ectropion* nie wyrówna prawie zupełnie, uważając jednakże, aby kącik zewnętrzny nie opuszczał gałki. Załamek skóry odpowiada powierzchni trójkąta, który się wy-

cina ze skóry i mięśnia, podstawą przechodzi o 5—6 mm od *commissura externa*, wierzchołkiem zwrócony jest ku skroni.

3. Zakłada się 3—5 szwów cienkiego jedwabiu, zaczynając od połączenia wierzchołka trójkąta ze środkiem podstawy, tworzy się więc linia pod kątem otwartym ku powiece.

Nitki wyjmuje się mniej więcej 4go dnia, nigdy wcześniej. Opaska sucha z gazą i watą dość mocno założona.

Chorego przygotowuje się przez kilka dni przez przecięcie punkcików łzowych i przestrzykanie, na spojówkę stosuje się *argentum nitricum* lub protargol, na skórę w celu zmiękczenia wazelinę z lanoliną.

Operacya nadaje się tylko do *ectropion senile*, gdzie jest nadmiar spojówki i skóry.

Keratitis parenchymatosa i tuberkulina T. (La kératite parenchymateuse et la tuberculine T.). Stanculeano (Bukareszt).

Wobec tego, że wielu badaczy podaje w wątpliwość *lues hereditaria*, jako jedyną przyczynę *keratitis parenchymatosa* (Panas, Fournier, Pfister, Hippel i inni), a niektórzy raczej skłaniają się ku tuberkulicznej naturze tego cierpienia, autor podjął szereg doświadczeń z tuberkuliną T w celach rozpoznawczych. Zastrzyknął on ją 8 osobnikom dotkniętym *keratitis parenchymatosa*, u których anamnestycznie gruźlica nie dała się wykazać. U paru były nieznaczne objawy przedmiotowe ze strony płuc. Oprócz jednego dziecka, u wszystkich objawiła się silna reakcya ogólna i podniesienie się ciepłoty po zastrzyknięciu ilości nie dochodzącej do 0,01.

Reakcya miejscowa na oku (ból, łzawienie, silniejsze zaczerwienienie) wystąpiła tylko u jednej kobiety, u której też zdawało się zastrzyknięcie mieć wpływ na zmniejszenie się nacieków. U innych przebieg pozostał bez wpływu.

Autor przytacza dane z pracy Enslin'a, podobnej i równocześnie prawie, a niezależnie od jego badań przeprowadzonej.

Neuritis optica pochodzenia zakaźnego (Névrites optiques d'origine infectieuse.). Bichelonne.

Autor podaje szczegółowo spostrzegany przez siebie przypadek *neuritis optica*, występujący po nieznacznej anginie kataralnej. Od innych podanych w literaturze analogicznych wypadków różni się tem, że upośledzenie wzroku (do poczucia silnego światła) trwało 5 miesięcy, pomimo to pod wpływem leczenia wróciła bystrość wzrokowa prawidłowa. Zauważono też powikłania ze strony słuchu i smaku i powonienia.

Arch. f. Aghk. T. LI. Zeszyt 1. (Ref. Dr T. Bałłaban).

O anoftalmii, powikłanej innemi potwornościami twarzy i ich etyologii (Über Anophthalmus mit anderen Missbildungen am Auge und deren Aetiologie.). Prof. Greeff.

Autor opisuje przypadek, w którym obok jednostronnego anoftalmu znajdowały się na twarzy także inne potworności. Zmiany te wszystkie były spowodowane uciskiem więzów owodnych *(amniotische Stränge)*. Na podstawie swoich badań przychodzi też Greeff do przekonania, że przyczyną powstania anoftalmu bynajmniej nie są jakieś wśródmaciczne potworności, lecz, że powstaje on wskutek mechanicznej przeszkody w rozwoju oka.

O kiłowem zapaleniu chrząstki powiekowej, występującem pod postacią mączkowatego zwyrodnienia (Über Tarsitis syphilitica unter dem Bilde der Amyloiddegeneration.). Dr H. Yamaguchi.

U 56letniej chorej powstały w ciągu kilku miesięcy na obu górnych powiekach, i to w pobliżu brzegów powiekowych, guzy wielkości grochu, tak twarde, jak chrząstka.

Klinicznie rozpoznano mączkowate zwyrodnienie spojówki, natomiast badanie histologiczne wyjętych guzków wykazało zchorzenie samej chrząstki, a mianowicie dały się wykazać w niej zmiany, jak *endarteriitis obliterans*, *perivasculitis* i nowo wytworzone włókna łącznotkankowe o bardzo nielicznych komórkach. Odczyny na zwyrodnienie mączkowate dały wynik ujemny. Autor jest zdania, że w przypadku tym rozchodzi się o przewlekłe kiłowe zapalenie chrząstki.

W związku z opisanym przypadkiem omawia autor literaturę, tyczącą się mączkowatego zwyrodnienia spojówki i kiły chrząstki powiekowej.

I. *Oderwanie przybłonka w środkowej tętnicy siatkówki, spostrzegane klinicznie jako zakrzep żylny* (Abhebung des Endothelrohres in der Centralarterie unter dem klinischen Bilde der Venentrombose verlaufend.).

II. *Krótki opis podobnego przypadku, przyczem przyszło do oderwania t. zw. tunica intima* (Kurze Beschreibung eines ähnlichen Falles von Intimaabhebung). Dr Sidler-Huguenin.

Omówiwszy najnowszą literaturę, tyczącą się zchorzeń siatkówki, omawia autor 2 przypadki, w których zchorzenie wewnętrznej błony środkowej tętnicy spowodowało bardzo ciężkie zaburzenia w krążeniu w naczyniach siatkówki.

W pierwszym przypadku zostało poddanem badaniu histologicznemu oko, ociemniałe wskutek jaskry, a wyłuszczone wskutek nadmiernych bólów.

Tętnica środkowa była bardzo znacznie rozszerzoną i po większej części pozbawioną przybłonka.

W wewnętrznej błonie *(intima)* były bardzo liczne włókna sprężyste, a błona ta była poza blaszką sitową nerwu ocznego tak pozałamywaną, że tworzyła w tem miejscu ze ścianą tętnicy niejako tępy kąt. Naprzeciwko miejsca, w którem załamek ten się znajdował, był na ścianie tętnicy umiejscowiony znacznie wydłużony zakrzep, wypełniony licznemi, świeżo tam przybyłemi i pęczniejącemi komórkami. Środkowa żyła była również rozszerzoną, a znajdował się w niej drożny zakrzep, zamykający jej otwór. Kanały tego zakrzepu były wyścielone przybłonkiem. Naczynia naczyniówki i siatkówki, a szczególnie tętnice, były stwardniałe. Wzdłuż cieniutkich naczyń znajdowały się czerwone bezpostaciowe złogi krwi.

Powstanie tych zaburzeń tłómaczy sobie autor w ten sposób, że w pewnem miejscu wylała się krew pod przybłonek i pod graniczącą z nim warstwę włókien. Tkanka ta została posuniętą w kierunku krążenia krwi w postaci załamka, który to załamek znowu zatkał światło tętnicy środkowej, a tem samem stał się powodem powstania zakrzepu. Dopiero następowo powstało krążenie poboczne.

Przeciwko zapatrywaniu, jakoby oderwanie przybłonka było zmianą pośmiertną, przemawia ta okoliczność, że ilość włókien sprężystych była znacznie zwiększoną, co najlepiej i najpewniej wskazuje na sprawę życiową, która przypomina sposób powstania t. zw. *aneurysma dissecans.*

II. 44letni mężczyzna uderzył się w oko batogiem.

Przednia komora była krwią wypełniona — amauroza. Wskutek bólów wyjęto tę gałkę

Badanie histologiczne wykazało stwardnienie tętnicy środkowej. Poza blaszką sitową była błona sprężysta rozdwojoną i wypełnioną skrzepami krwi. W miejscu rozdwojenia była błona wewnętrzna tętnicy wydętą.

Paranefryna, nowy preparat nadnercza (Paranephrin, ein neues Nebennierenpraeparat.). Dr Polte.

Autor badał nowy preparat nadnercza, sporządzony w zakładzie Mercka w Darmsztadzie (Roztwór 1:1000 w 0·6$^0/_0$ rozczynie soli kuchennej.).

Jeżeli zapuścimy do worka spojówkowego 1—2 kropel tego płynu, to spojówka blednie już w 2—3 sekund po zapuszczeniu, a działanie tego środka trwa przez 15 minut. Jeżeli spojówka jest

zapaloną, to działanie anemizujące występuje dopiero po upływie 3 minut. Jeżeli zastrzyknie się tego płynu do przedniej komory lub do ciała szklistego oka królika, to bardzo rychło zwężają się naczynia naczyniówki i siatkówki, a zwężenie tych naczyń trwa około godzinę.

W łączności z kokainą wspomaga ten środek bardzo dzielnie znieczulające działanie kokainy.

Po wkropleniu tego środka do worka spojówkowego lub po podskórnem jego użyciu przebiegają operacye całkiem bezkrwawo, tak na powiekach, jako też na samej gałce ocznej. W głąb oka jednak nie przedostaje się ten środek. Użyty przed zastrzykiwaniami podspojówkowemi zapobiega powstawaniu następowych podspojówkowych krwawych wybroczyn. Przeciwko nieżytom spojówek jest ten środek bezsilnym, natomiast korzystny wpływ wywiera przy wiosennym nieżycie spojówek. Przy zapaleniu tęczówki paranefryna nie odnosi skutku, przy miąższowem zapaleniu rogówki zdaje się ona leczenie opóźniać, przy łuszczce zaś limfatycznej jest wprost szkodliwą.

O leczeniu tylnych zaćm torebkowych (Über die Heilung der hinteren Capselstaare.). Dr Kozłowski.

Od r. 1837 operował K. 21 przypadków tylnej zaćmy torebkowej w następujący sposób. Po zrobieniu średnio dużego cięcia w rogówce tuż na jej brzegu, otwiera on cystotomem przednią torebkę soczewki, poczem zostaje soczewka wygnieciona przy pomocy dwóch łyżeczek.

Przy tym zabiegu wydala się zmętniała tylna torebka równocześnie ze soczewki, a pozostaje tylko niewiele resztek z kory soczewki.

Całą zmętniałą tylną torebkę udało się wydostać tylko w 7iu przypadkach, natomiast w pozostałych 14stu przypadkach musiano torebkę wyciągać następowo zębatemi szczypczykami.

W 8iu przypadkach musiano przedsięwziąć jeszcze dodatkową dyscyzyę. Po usunięciu przeszkód optycznych dało badanie wziernikiem następujący wynik.

W 4ech przypadkach barwikowe zwyrodnienie siatkówki, w 3 przypadkach zapalenie siatkówki i naczyniówki, w 7iu przypadkach zapalenie naczyniówki. Co do bystrości wzroku, to w 3ech przypadkach nie było polepszenia, w 1nym była $^1/_{50}$, w 4ech przypadkach $^1/_{20}$, w 7iu przypadkach $^1/_{10}$, a w 6ciu przypadkach $^3/_{10}$.

Dalszy przypadek zachowania przysiatkówkowej części siatkówki przy częściowem zatkaniu środkowej tętnicy siatkówki (Ein weiterer Fall von Freibleiben eines parapapillären Netzhautbezirkes bei partiellem Verschluss der Arteria centralis Retinae). Dr Genth.

U 34letniego gospodarza, który przed 12 laty cierpiał na gościec stawowy, ociemniało nagle oko prawe, i to bez poprzedniego urazu i bez żadnego wysiłku mechanicznego.

Badanie wziernikiem wykazało nieco przekrwioną tarczę wzrokową, jej granice zatarte. Tkanka około siatkówki była białawozielono zmętniała, a zmętnienie to zakrywało największą ilość naczyń.

Zmętnienie to rozszerzało się ku żółtej plamce, gdzie też były widoczne bardzo wązkie naczyńka.

Ku obwodowi jest dno oka prawidłowe. Sama żółta plamka była szarawobrunatną, ponad tą plamką znajdowały się krwawe wybroczyny.

Tuż obok tarczy wzrokowej widać było bardzo silnie świecącą czerwoną część siatkówki, która w postaci stożka rozprzestrzeniała się pomiędzy żółtą plamką, a tarczą wzrokową. *V. c.* ekscentrycznie $^{1}/_{1000}$.

Leczenie polegało na codziennem zapuszczaniu $^{1}/_{2}{}^{0}/_{0}$ roztworu atropiny, wcierkach i codziennych zastrzykiwaniach podspojówkowych ze soli kuchennej $4^{0}/_{0}$.

W przeciągu 2 miesięcy dno oka stało się prawie całkowicie prawidłowem, a bystrość wzroku zwiększyła się na $^{2}/_{7}$. Autor sądzi, że w przypadku tym rozchodzi się o obrzęk siatkówki *(oedema)*, który powstał przez nagłe zaburzenie w krążeniu środkowej tętnicy siatkówki.

Ctbrbl. f. pr. Aghk. 1904. Z. 12. (Ref. Dr L. Gruder.).

Rzadki przypadek operacyjny (Ein seltener Operations-Fall.). Prof. J. Hirschberg (Berlin).

Autor opisuje dotychczas ze skutkiem niewykonywany przypadek operacyjny, polegający na wyjęciu odłamka żelaznego, przymocowanego do nerwu ocznego u wstępu do gałki.

26letniemu ślusarzowi wleciał do prawego oka odłamek żelazny. Po 2 miesiącach chory zgłosił się do kliniki prof. Hirschberg'a. Światłowstręt, łzawienie, rogówka czysta; lupą spostrzedz można delikatną bliznę poziomą, $1^{1}/_{2}$ mm długą, w twardówce na dole zewnątrz od brzegu rogówkowego. Odłamek żelazny wszedł tędy do wnętrza gałki. W ciele szklistem (w dolnej jego części) niebieskawe zmętnienie. Na tarczy nerwu ocznego widać ów odłamek że-

lazny, o połysku metalicznym. Przykrywał on prawie całą tarcz n. o. z wyjątkiem wąskiego odcinka od dołu. Ku górze wewnątrz od tarczy delikatne pęknięcie naczyniówki. L. oko prawidłowe. Pr. o. $= {}^5/_{10}$ z —1·0 D sph., lekkie zwężenie pola widzenia od strony nosowej i skroniowej, i wielkie *scotoma*, od strony skroniowej od punktu środkowego, od 10^0—30^0 sięgające. Sideroskop daje niedokładny lub nieznaczny wynik. Autor przyłożył ostrożnie grubsze zakończenie magnesu ręcznego na skroniową część równika gałkowego, aby odłamek w ten sposób namagnetyzować, poczem sideroskop dawał dodatni wynik. Chociaż nerw oczny wstępuje w gałkę od strony nosowej tylnego bieguna, to jednak można bardziej zbliżyć się do niego od strony skroniowej, ponieważ człowiek może gałkę więcej zwrócić ku wewnątrz, aniżeli ku zewnątrz. Ta okoliczność wpłynęła też na plan operacyjny autora.

Podobne wypadki utkwienia odłamka żelaznego w tarczy n. ocznego przytaczają Oeller i R. Saemisch, lecz wszelkie usiłowania wydobycia go okazały się bezskutecznemi.

Hirschberg odradza przykładać magnes do rogówki, gdyż albo siła magnesu mogłaby się okazać za słabą, lub odłamek mógłby w ten sposób przebić soczewkę. Ostrzega także przed zbyt silnem działaniem magnesu, aby uniknąć przerwania naczyń siatkówkowych, będących w łączności z odłamkiem żelaznym.

Hirschberg najpierw przykłada ręczny magnes po stronie skroniowej w okolicy równika i lekkiemi poruszeniami stara się odłamek ruszyć z łożyska jego; natychmiast zaś bada wziernikiem dno oka, aby przekonać się o skutku, puściwszy przedtem działanie połowy siły olbrzymiego magnesu. Wziernikiem nie było już widać odłamka na dawnem miejscu, wskutek czego było pewnem, iż musiał się teraz znajdować w okolicy równika. Połową siły olbrzymiego magnesu (na skroniowy brzeg rogówki) posunął odłamek do tylnej ściany tęczówki, stamtąd do brzegu źrenicznego, a za pomocą pełnej siły magnesu wydostał się odłamek na przednią powierzchnię tęczówki. Przez cięcie na granicy rogówkotwardówkowej wydostaje autor odłamek za pomocą ręcznego magnesu.

Krwotoku nie było; ezeryna, opaska i spokój. Wielkość odłamka była: 2·5 mm dług., szerok. 1·5 mm, ciężar wynosił 4 miligramy.

Po siedmiu tygodniach chory został wypuszczony jako wyleczony. $V = {}^5/_7$, pole widzenia prawie prawidłowe.

„Conjonctivite infectieuse de Parinaud“ (Über Lymphom-Conjunctivitis.). Prof. W. Goldzieher (Peszt).

Choroba ta zasługuje na dokładniejsze sprawozdanie już z tego

powodu, że pod względem morfologicznym jest bardzo podobną do jaglicy w jej ziarnistej postaci *(trachoma granulosum)* i dlatego łatwo może dać powód do mylnego rozpoznania.

Charakterystycznem znamieniem tej choroby jest: równocześnie z rozwojem wielkich limfomatów na szyi powstaje silne zgrubienie ziarniste i follikularne na spojówce oka tej samej strony, objawy zapalne, *oedema* i *chemosis* powiek.

Zdaniem autora główny nacisk kłaść należy na koincydencyę objawów na szyi z objawami na oku i podaje on w tym celu *resumé* z trzech przypadków, spostrzeganych przed 11stu laty przez niego samego.

U wszystkich trzech chorych, prawie równocześnie z rozwojem wielkich limfomatów na szyi, występywały objawy zapalne na spojówce w połączeniu z olbrzymiem zgrubieniem *(Follikelwucherung)*. We wszystkich przypadkach zajęte było tylko jedno oko. Spojówka obu powiek silnie obrzmiała i przekrwiona, załamki występują w postaci silnych zgrubień przy odwróceniu powiek i łatwo krwawią. W tej, nader silnie obrzmiałej i przekrwionej spojówce występują olbrzymio rozwinięte guzy follikularne i wegetacye.

W pierwszej chwili stan ten przypomina ostrą jaglicę, tylko, że zastanawia olbrzymio rozwinięte zgrubienie follikułów (nieraz wielkości grochu). Wrzodów na spojówce nigdy nie było.

Co się tyczy obecności gruczołów *(lymphoma)* na szyi, to były to całe t. zw. pakiety lymfatyczne o znacznej twardości. Równoczesne wystąpienie objawów na szyi i na oku odróżnia ten stan od jaglicy, przynajmniej morfologicznie przez wielkość zgrubień i przez szybki przebieg kliniczny.

Od tuberkulozy na spojówce różni się ta choroba swą *restitutio ad integrum* i zupełnym brakiem znamiennych wrzodów gruźliczych. Drobnowidowe badanie daje obraz zwykłego *lymphoma*.

Należy więc przypuścić, iż ten sam proces limfatyczny odbywa się równocześnie i w gruczołach szyjnych i w spojówce oka.

Przebieg choroby był szybki i korzystny. Wielkie guzy na spojówce usunięto nożycami i galwanokauterem. Następnie przemywano codziennie sublimatem $1^{0}/_{00}$. Wewnętrznie zastosowano arsen i żelazo, poczem objawy na szyi ustąpiły szybko.

Czwarty, świeży przypadek dotyczy 10letniej dziewczynki, ze zdrowych rodziców pochodzącej, która miała te same objawy na szyi i spojówce po prawej stronie. Rogówka, podobnie jak w poprzednich, niedotknięta. Przebieg na oku był taki sam, jak w poprzednich trzech przypadkach, z tą tylko różnicą, iż po trzech miesiącach musiano gruczoły na szyi operować. Wewnętrznie arsen

i żelazo. Szybkie wyzdrowienie, żadnych danych, wskazujących na tuberkuły.

Parinaud, który pierwszy w r. 1889 opisał trzy przypadki tej choroby, przyjmuje jako przyczynę *contagium* zwierzęce, gdy tymczasem prof. Goldzieher jest przeciwnego zdania.

Gifford uważa to za chorobę infekcyjną, choć natury nie zbyt silnej, gdyż zawsze stan ten występywał tylko na jednem oku, a przeniesienia tej choroby na resztę członków tej samej rodziny nie spostrzegano.

Co się tyczy przebiegu klinicznego, to wszyscy zgadzają się na korzystny przebieg, gdyż olbrzymie zgrubienia na spojówce znikają bez blizn. Rogówka nigdy nie była objęta tą chorobą. Objawy na szyi ustępują przeważnie bez zabiegu operacyjnego.

Badanie drobnowidowe wykazuje siatkowaną, hydropiczną tkankę, w której nie ma owego nagromadzenia lymfocytów, znamiennego przy tworzeniu follikułów, napotykanych przy jaglicy. Nadto nabłonek, wciskający się w nieregularnych masach do głębi, okazuje nadzwyczajną skłonność do zwyrodnienia śluzowego (*schleimige Entartung*).

Obustronny krwotok do ciała szklistego (Über beiderseitige Glaskörper-Blutung.). Dr Juliusz Fejér (Peszt).

Do chorób, wywołujących w ścianach naczyń krwionośnych tego rodzaju zmiany, iż następstwem tego są wynaczynienia, należą przedewszystkiem: tuberkuloza, *anaemia perniciosa*, *syphilis*, *malaria* i zaburzenia w obiegu krwi.

Nawrotne krwotoki w naczyniówce i do ciała szklistego występują najczęściej między 15 a 20 rokiem życia. Występują one najpierw na naczyniówce, później do ciała szklistego, recydywują często i dają złą prognozę *(ablatio)*.

Silnie zbudowany majtek 33letni skarży się na bardzo silne upośledzenie wzroku od kilku tygodni. Badanie na kiłę ujemne; serce i mocz nie wykazują żadnych ważniejszych zmian.

Badanie wykazuje obustronnie silne, nieprzezroczyste, wolno pływające męty w ciele szklistem. V = ruchy przed okiem. *JK.*, wcierki i wstrzykiwania *Na Cl* 2°/₀ (dlaczego taki słaby roztwór *Na Cl? [R.]*), pilokarpina i syrup Fellowa bezskuteczne.

W zgięciu kolanowem i na szyi znalazł autor kilka zwiększonych gruczołów lymfatycznych, lecz bezskuteczny wynik wcierek przemawia przeciw kile.

Chociaż chory liczył już 33 lat i mimo, iż powracające krwotoki do ciała szklistego i na naczyniówkę występują w młodszym wieku, to jednak autor zalicza ten przypadek do nawrotnych krwo-

toków młodszego wieku, za czem przemawia obustronność choroby i brak miejscowych przyczyn.

Clin. Ophth. Nr 21—24. (Ref. Dr A. Bednarski).

Nowe zdobycze w lecznictwie okulistycznem (Nouvelles conquêtes de la thérapeutique oculaire.). Dr Darier.

Różne postacie kliniczne zajęcia spojówki przy erythema multiforme (Variétés cliniques des localisations de l'érythème polymorphe.) Dr Moissonnier.

Przypadki *erythema multiforme* na spojówce należą do rzadkości. Do r. 1902 Chaillous zebrał ich zaledwie 6, dodając swój własny, jako 7-my. Autor opisuje nadto jeden przypadek chorobowy. Zestawiając dotąd ogłoszone przypadki, dzieli objawy oczne na 5 postaci chorobowych: 1. Proste rozlane zaczerwienienie spojówki. 2. Postać guzkowa, najczęstsza, znamienna przez guzki różowe, umiejscowione w kąciku wewnętrznym. 3. Postać pęcherzykowa, rzadka (przyp. Rosenthal'a). 4. Obrzęk spojówki. 5. Błony na spojówce powiekowej.

Nystagmus histeryczny (Le nystagmus hystérique.). Dr Santos Fernandez.

Kobieta, lat 40, dostała nagle porażenia połowiczego z wyraźnemi znamionami natury histerycznej. Wkrótce potem wystąpił nystagmus. Myopia — 3 D, zresztą żadnych zmian w oczach. *Nystagmus oscillatorius* trwał przeszło półtora roku, powoli ustępując. Przy ostatniem badaniu, w cztery lata od początku choroby, mógł A. stwierdzić jeszcze ślad *nystagmus*.

Leczenie zaćmy wstrzykiwaniami podspojówkowemi jodku potasu (Traitement de la cataracte par les injections sous-conjonctivales de JK.). Dr Verdereau.

Wydobycie zaćmy na drodze operacyjnej nie może być ideałem leczenia tejże. Czy możliwem jest wyjaśnienie się zaćmy? Na to pytanie możemy odpowiedzieć twierdząco, opierając się na znanych przypadkach samoistnego wyjaśnienia się zaćm u diabetyków równocześnie z ustąpieniem *diabetes*. Przemawiają za tem również spostrzeżenia Jaeger'a, Badal'a i in. Autor robił doświadczenia na królikach. Wywołując poprzednio wytworzenie się zaćmy sposobem Jocqs'a, wstrzykiwał następnie 5$^0/_0$ *KJ* do soczewki lub podspojówkowo i dochodzi do następujących wniosków: 1. Podspojówkowe wstrzykiwania *KJ* wyjaśniają zaćmienia soczewki, 2. nie mają pra-

wie żadnego wpływu na zaćmienia torebki, 3. wstrzymują postępowanie zaćmy. Klinicznie wstrzykiwał autor u kilku chorych $2^1/_2$% KJ podspojówkowo i otrzymał polepszenie, w jednym zaś przypadku wyleczenie zaćmy starczej. Wstrzykiwania są bolesne, trzeba dodawać 1% akoiny i 2% kokainy.

Zapalenie rogówki kropeczkowe (La kératite ponctuée.). Dr Jocqs.

Rzeżączkowe zapalenie tęczówki (De l'iritis blennorrhagique.). Dr Sondez.

Krótka bibliografia znanych dotąd odnośnych przypadków i opis jednego przypadku chorobowego.

Leczenie oderwania siatkówki wstrzykiwaniami wody z cukrem (Traitement du décollement de la rétine par les injections de sérum sucré.). Dr Dianoux.

D. poleca przy oderwaniu siatkówki wstrzykiwania roztworu, zawierającego 1 gr. $NaCl$ i 4 gr. cukru trzcinowego na 100 gr. H_2O. Na jeden raz zastrzykuje 4—5 centymetrów kubicznych płynu, wbijając przytem igłę czterokrotnie między mięśniami prostymi w załamek ku równikowi gałki, aby się dostać ile możności pod pochewkę Tenon'a. Wstrzykiwania nie są bolesne, wessanie następuje szybko. Po trzeciem wstrzyknięciu D. bada oko, w razie zniknięcia oderwania, co się nierzadko zdarza, robi wstrzykiwania dalej aż do dziesięciu.

Enukleacya za pomocą ostrej łyżeczki z następowem wszczepieniem płata skórnotłuszczowego (Enucléation à la rugine suivie de greffe cutanéo-adipeuse.). M. Rollet.

R. obcina spojówkę do około rogówki, następnie chwyta po kolei wszystkie mięśnie hakiem tenotomijnym i odłuszcza przyczepy tychże za pomocą ostrej łyżeczki, tak, że twardówka pozostaje całkiem gołą. Przecięcie nerwu ocznego. Po usunięciu gałki, R. wkłada w oczodół płat skóry, wycięty wraz z podściółką tłuszczową w okolicy deltoidalnej, większy, aniżeli rogówka, i do jego brzegów przyszywa mięśnie i spojówkę katgutem.

O przypadku tenonitis serosa ze zapaleniem tęczówki (Sur un cas de ténonite séreuse unilatérale, avec iritis torpide.). Dr H. Leroux.

Przypadek nystagmus hystericus (Un cas de nystagmus hystérique.). E. Deluenville.

Klin. Monatsbl. f. Aghk. R. XLII. T. II. Z. 12. 1904. i 1. 1905. (Ref. Dr Liebermann).

Nowy rodzaj szkieł, szkła izochromowe (Eine neue Brillengläserart, Izochromgläser.). E. H. Oppenheimer (Berlin).

Barwne szkła szlifowane mają tę ujemną stronę, iż okazują w grubszych swych częściach, t. j. obwodowych przy szkłach wklęsłych, środkowych zaś przy szkłach wypukłych, inne, większe nasycenie barwy, niż w reszcie szkła, okoliczność, która noszącym szkła bardzo daje się we znaki.

Aby niedogodność tę usunąć, zaleca autor szkła, zbudowane w sposób następujący. Szkło składa się z dwóch warstw: bezbarwnej i zabarwionej. Część barwna, zbudowana jak szkło muszlowe, posiada stałą krzywiznę + 1·25 D, w części zaś bezbarwnej szlifuje się żądaną krzywiznę. Szkła takie wyrabia obecnie firma Nitsche i Günther w Rathenow.

Przyrząd do kataplazmów na oko (Ein Apparat zu warmen Umschlägen für das Auge.). K. Hoor (Koloszwar — Klausenburg.).

Główną składową częścią przyrządu są dwa pudełka magnoliowe, wypełnione asbestem, przetkanym cienkimi drucikami, przewodzącymi prąd elektryczny. Pomiędzy oko a skrzyneczkę tę kładzie się zwilżony płatek materyi. Przyrząd elektryczny, rozgrzewający asbest pudełek, pozwala równocześnie na regulacyę temperatury i utrzymanie tych poduszeczek przy żądanej ciepłocie.

O odczepieniu się ciała szklistego (Über Glaskörperablösung.). Elschnig (Wiedeń).

Dotychczasowe mniemanie, iż odczepienie ciała szklistego poprzedza odczepienie siatkówki, tak, że pomiędzy oboma temi schorzeniami ścisły zachodzi związek, wydaje się autorowi nieuzasadnionem. Jego zdaniem są to dwie od siebie niezależne choroby.

Badania swe przeprowadził autor na oczach krótkowzrocznych.

O jaskrze urazowej i jej leczeniu (Über Glaukom nach Kontusionen des Auges und seine Therapie.). A. Peters (Rostok).

Autor miał sposobność badać i leczyć dwa przypadki jaskry urazowej. W pierwszym z nich zakraplanie ezeryny wystarczyło do zupełnego wyleczenia, w drugim natomiast okazała się potrzeba wykonania punkcyi. Po wypuszczeniu gęstej cieczy z przedniej komory, jaskra trwale ustąpiła.

Należy zatem we wszystkich tych przypadkach, w których objawy jaskry zależą od zmian w zgęszczeniu cieczy w przedniej

komorze, wykonać przedewszystkiem punkcyę, a dopiero, gdyby ten zabieg nie osiągnał skutku, przystąpić do irydektomii.

Przyczynek do nauki o wędrówce ciał obcych w oku (Beitrag zur Wanderung fremder Körper im Auge.). Wicherkiewicz (Kraków)

Dwunastoletniemu chłopcu dostało się podczas polowania ziarnko śrótu do oka lewego po stronie skroniowej. Wszelkie próby wydobycia ciała obcego z oka nie doprowadziły do celu. Wobec tego przystąpiono w drugim dniu choroby do zaszycia rany spojówkowej. Rana zagoiła się gładko. Kiedy autor badał powtórnie chorego przed opuszczeniem przez tegoż lecznicy, zauważył w pobliżu blizny twardą wyniosłość, z której operacyjnie wydobyto wspomniany poprzednio pocisk.

Zdaniem autora prąd soków odżywczych oka przypędził śrót znów w pobliże rany, jako do miejsca, przedstawiającego mniejszy, niż otoczenie, opór.

Doświadczenia kliniczne ze surowicą Römera przeciw ulcus serpens (Klinische Erfahrungen über die Wirkung des Römerschen Pneumokokkenserums beim Ulcus serpens.).

Na 14 surowicą leczonych przypadków udało się autorowi zaledwie dwa wyleczyć. Były to wrzodziki małe, nie przechodzące $1^1/_2$ mm szerokości. Na większe wrzody okazała się surowica bezskuteczną. Zdaniem autora mały ten odsetek wyleczonych przypadków da się tem wytłómaczyć, iż rozmaite pneumokoki rozmaite okazują właściwości życiowe, tak, iż trudno stworzyć surowicę przeciw wszystkim gatunkom wspomnianego drobnoustroju.

O ciałkach skrobiowatych w prawidłowej siatkówce (Corpora amylacea in der normalen Retina.). Brown-Pusey (Chicago — Freiburg).

Autor opisuje typowe ciałka skrobiowate w prawidłowej siatkówce oka, które wyłuszczono z powodu małego mięsaka, umieszczonego w około tarczy nerwu wzrokowego. Przed wyjęciem gałki z oczodołu wzrok był prawidłowym, a wziernikiem, ani w nerwie wzrokowym, ani w obwodowych częściach siatkówki, gdzie właśnie owe ciałka skrobiowate leżały, żadnych zmian nie zauważono.

Zachowanie się ciała szklistego podczas ruchów gałki ocznej, oraz przyczynek do etyologi odczepienia siatkówki (Der Glaskörper bei Augenbewegungen zugleich ein Beitrag zur Aetiologie der Netzhautablösung). F. Best (Giessen).

Ludzie, mający zaćmienie w c. szklistem, widzą przed okiem

cień, którego wielkość, pomijając wielkość nieprzezroczystego ziarnka, leżącego w c. szklistem, zależy również i od odległości tegoż od siatkówki. Cień ten jest tem większym, im bliżej od siatkówki te ciałka leżą.

Przy ruchach gałką oczną poruszają się odpowiednio i te zaćmienia, ale następnie opadają z powrotem. Zjawisko to tłómaczy się tem, iż te nieprzezroczyste opady mają wśród oczek siatki ciała szklistego swe stałe położenie, które przy ruchu gałką oczną na mocy siły odśrodkowej opuścić muszą, ale następnie wracają skutkiem działania siły ciężkości do swego pierwotnego położenia. Odpowiednio do wielkości siły odśrodkowej ruchy tych nieprzezroczystych części będą tem wybitniejsze, im bliżej siatkówki one leżą.

Przy każdym zatem ruchu gałką oczną zmienia ciało szkliste swe położenie. Ponieważ zaś jest ono cieniutkiemi niteczkami łącznotkankowemi zrośnięte z siatkówką, przeto musi tę ostatnią przy każdym ruchu pociągać. W prawidłowych warunkach czynnik ten żadnego nie ma znaczenia. Inaczej rzecz się ma, gdy wewnętrzne warstwy siatkówki uległy w rozmaitych miejscach zwyrodnieniu, czy to starczemu, czy też z innych jakichkolwiek powodów lub też, gdy ciało szkliste uległo rozrzedzeniu. Wówczas bowiem ta siła ciągnąca nie rozkłada się już jednomiernie na całą wewnętrzną powierzchnię oka, lecz skupia się niejako tam, gdzie znajduje silniejszy punkt oparcia, to jest na zdrowszych częściach. Skutkiem tego niejednomiernego rozmieszczenia sił, mogą w siatkówce powstać małe przerwy, do których wnika c. szkliste, dając początek odczepieniu siatkówki.

Badania doświadczalne nad przesączaniem się rozczynów soli i białka przez przednią komorę i rola tegoż w powstawaniu jaskry (Recherches expérimentales sur la filtration de liquides salins et albumineux à travers la chambre antérieure et son rôle dans la genèse du glaucome.). Uribe y Troncoso (z Meksyku). Ann. d'Oculist. 1905. Nr 1.

Przed czterema laty postawił Uribe y Troncoso teoryę powstawania jaskry, wedle której *primum movens* przy wzmożeniu parcia wśródocznego jest zwiększenie zawartości istot białkowatych cieczy wodnej przedniej komory, co w wysokim stopniu utrudnia prawidłowe przesączanie się tej cieczy przez naturalne drogi odpływowe. Tę zwiększoną zawartość białka w cieczy wodnej stwierdził on w 21 przypadkach jaskry bądź ostrej, bądź przewlekłej. Obecnie, aby doświadczalnie uzasadnić prawdziwość tej teoryi, przedsięwziął szereg prób z pomocą manometru filtracyjnego Webera. Wprowa-

dział on pod pewnem ciśnieniem do przedniej komory oka świeżo wyłuszczonego określoną ilość płynu i wymierzał, ile z tego płynu wydobywało się w oznaczonym czasie z oka na zewnątrz drogą przesączania. Przez porównanie szybkości, z jaką przesączają się rozczyny soli, ze szybkością przesączania się rozczynów białka — wykazał, że te ostatnie w jednakich zresztą warunkach wydostają się z oka w ilości o $^2/_5$ do $^1/_3$ mniejszej, niż rozczyny solne. Ta zmniejszona zdolność filtracyjna cieczy wodnej bogatej w białko, oraz zaciśniecie dróg odpływowych oka przez obwodowe części tęczówki — są, zdaniem autora, głównymi czynnikami, wywołującymi wzmożenie parcia wśródgałkowego przy jaskrze. —

K. W. Majewski.

Zmiany oczne, spowodowane działaniem adrenaliny (Accidents attribuables à l'adrénaline.). Dr A. Bouchart z Tours. Rec. d'Opht. 1905. Nr 1.

W maju 1903 wykonał autor u 20letniej dziewczyny tenotomię mięśnia prostego wewnętrznego na oku lewem z powodu zeza towarzyszącego. Do znieczulenia użył przetworu z nadnercza pod nazwą awazyny ($1^0/_{00}$) z dodatkiem kokainy. Rozczyn tego środka miał barwę różową. W kilka dni później zrobiona została internotomia na drugiem oku, znieczulonem za pomocą świeżego i jasnego rozczynu adrenaliny. Przebieg pooperacyjny na tem oku był prawidłowy, natomiast u lewego oka wystąpiło ósmego dnia po operacyi zaćmienie rogówki, z wejrzenia podobne do nacieczenia limfatycznego, jakie się często widzi po operacyi katarakty. Źrenica rozszerzyła się *ad maximum*, a ciecz wodna przybrała barwę niebieskawą. Pomimo zapuszczenia ezeryny $^1/_2{}^0/_0$, źrenica nie zmniejszyła się wcale. Stan ten utrzymywał się przez szereg miesięcy, a prócz tego pojawiły się bóle neuralgiczne, wychodzące z okolicy blizny po tenotomii. W obrębie zaćmienia rogówki w pobliżu jej brzegu wewnętrznego powstał pęcherzyk o podstawie 2—3 mm szerokiej, wypełniony cieczą mętną. Pod wpływem mieszanki dionino-ezerynowej (*aa* $^1/_2{}^0/_0$) pęcherzyk znikł, pozostawiając po sobie dość ściśle ograniczoną, wysyconą plamkę. Źrenica zwężyła się częściowo i nieregularnie, przyczem okazało się, że tęczówka nabrała znamion zaniku podobnych, jak przy przewlekłej jaskrze. $V = {}^1/_{10}$.

Wykluczywszy wpływ kokainy, która była dodana do rozczynu znieczulającego, oraz sinku rtęci, użytego do wyjałowienia narzędzi, przypisuje autor wszystkie te dość osobliwe zmiany szkodliwemu działaniu przetworu adrenaliny (t. zw. awazyny). Broni się też przed możliwym zarzutem uszkodzenia podczas operacyi jednego z włókienek nerwików rzęskowych. — Wobec potężnego działania adrenaliny na ściany naczyniowe zmiany troficzne w rodzaju opisanych

nie powinny zadziwiać, ale nakazują pewną ostrożność w stosowaniu tego środka, tak chętnie dziś używanego. —

K. W. Majewski.

Przyczynek do etyologii nieżytu wiosennego spojówki (Zur Aetiologie des Frühjahrskatarrhs der Conjunctiva.). Prof. Dimmer (z Gracu). Wiener klin. Wschrft. 1905. Nr 2.

Autor rozpoczyna rzecz krótkim opisem obrazu klinicznego tej dość rzadkiej postaci chorobowej i zwraca przedewszystkiem uwagę na ten szczegół, że zmiany występują tu zawsze na obydwu oczach. Z różnych postaci nieżytu wiosennego najrzadszą jest postać czysto powiekowa (bez zmian na rąbku rogówkowym), częściej spotykamy postać czysto gałkową (bez zmian na spojówce chrząstkowej), najczęściej jednak widzi się postacie mieszane. Jest to cierpienie wieku młodzieńczego i zazwyczaj z biegiem lat samo wygasa.

Vetsch był pierwszym, który ogłosił badania anatomiczne przypadków nieżytu wiosennego, i jako główną zmianę podnosi zwyrodnienie szkliste tkanki łącznej. W każdym razie stwierdzamy zarówno bujanie tkanki łącznej, jak i znaczne zgrubienie warstwy przybłonkowej. Uhthoff, Tailor i Raabe uznają tę ostatnią zmianę za pierwotną, przeciwnie Reymond, Seegers i Burckhardt uważają bujanie składników łącznotkankowych za punkt wyjścia zmian anatomicznych. Michel określa zgrubienia na rąbku spojówkowym rogówki po prostu jako folikuły spojówki gałkowej.

Sprawa etyologii nieżytu wiosennego jest dotąd jeszcze niewyjaśnioną. Teorya bakteryjna znalazła bardzo niewielu zwolenników. Więcej prawdopodobieństwa ma przypuszczenie Schieck'a, który przyjmuje raczej drażniące działanie nieznanych zresztą czynników, natury chemicznej.

Nowe światło na etyologię tego cierpienia rzucają spostrzeżenia Kreibich'a, profesora dermatologii w Gracu, który opisał kilka przypadków *hydroa vaciiniforme* (Bazin) i t. zw. *Summerprurigo* (Hutchinson), gdzie obok zmian na skórze istniały także typowe objawy nieżytu wiosennego na oczach, stwierdzone częścią przez docenta okulistyki Müller'a, częścią przez samego autora. Były to przypadki, należące do postaci czysto gałkowej. Kreibich nałożył w jednym przypadku na jedno oko szczelny opatrunek i po ośmiu dniach przekonał się, że zmiany na spojówce gałkowej w otoczeniu rogówki znikły prawie zupełnie. Na drugiem oku do osiągnięcia tego skutku trzeba było pozostawić opatrunek przez dni 14. Po zdjęciu opatrunku jednak zaczął się stan wkrótce znowu pogarszać. Na podstawie tych spostrzeżeń wypowiada Kreibich twierdzenie, że przyczyną nieżytu wiosennego jest działanie światła słonecznego na spojówkę, usposobioną do zmian tego rodzaju.

Autor miał sposobność na jednym przypadku nieżytu wiosennego — również ograniczonego do samej tylko spojówki gałkowej, — ale bez jakichkolwiek zmian na skórze (u 22letniego młynarza) stwierdzić korzystny wpływ odcięcia dostępu światła na przebieg choroby. Zmiany na prawem oku ustąpiły zupełnie po 14-dniowem szczelnem zawiązaniu oka, a na lewem oku wystarczył do tego pusty opatrunek Wolffberg'a z czarnego papieru. Przed nawrotem cierpienia uchroniły chorego okulary muszlowe dymne lit. C., szczelnie przylegające do obwodu oczodołów.

Autor przypuszcza, że główną rolę odgrywają tu krótkofaliste promienie fiołkowe i pozafiołkowe i sądzi, że okulary ochronne ze szkła żółtego mogłyby mieć znaczenie środka zapobiegawczego. — Geograficzne rozprzestrzenienie nieżytu wiosennego przemawia też za teoryą Kreibich'a. Cierpienie to ma być częste we Włoszech, w Szwajcaryi, w Konstantynopolu, natomiast należy do wielkich rzadkości pod mglistem niebem Anglii i Holandyi. —

K. W. Majewski.

Zmiany głębokości komórki przedniej oka, długości promieni i grubości soczewki przy ogniskowaniu (akomodacyi). Makłaków. Wiestnik Oftałmołogii. 1904. Z. 1.

Według Helmholtz'a, jak wiadomo, zmiany w ogniskowaniu zależą od zmian wypuklenia soczewki sprężystej, dążącej do przyjęcia postaci kulistej, a spłaszczonej napięciem więzadła soczewki.

Mięsień ogniskujący, kurcząc się, zwalnia napięcie więzadła i powraca soczewce większą kulistość, a wraz z coraz większą wypukłością soczewki powstaje i coraz mocniejsze ogniskowanie.

Według Tscherning'a w soczewce rzadka istota korowa otacza ścisłe i kuliste jądro; mięsień ogniskujący napinaniem więzadła soczewki pociąga istotę korową do jej równika, odsłaniając kuliste, ścisłe, mocno załamujące jądro. Gdy ustaje czynność mięśnia ogniskującego, ustaje i napięcie więzadła soczewki, a masy korowe układają się tak, że nadają soczewce postać więcej spłaszczoną, a więc słabiej załamującą.

Jeżeli tłómaczenie Tscherning'a jest słuszne, rozumuje M., i podczas ogniskowania rzadsze masy korowe, otaczające ściślejsze, kuliste jądro, zbierają się na równiku soczewki, to oczywiście komórka przednia gałki musi być przez czas wzmożonego ogniskowania głębsza, a grubość soczewki mniejsza.

Badania M. przekonały go, że komórka przednia oka jest przez czas ogniskowania płytsza, a grubość soczewki większa.

Badając oko oftalmometrem Tscherning'a, M. znalazł, że przy ogniskowaniu na odległość 10 cm głębokość przedniej komórki

staje się o 0.9505425 mm mniejszą, niż przy ogniskowaniu na odległość 84 cm.

Liczba, otrzymana przez M., jest znacznie większa od liczby 0.50646, otrzymanej przez Helmholtz'a.

Znalazł też M., że, w miarę, jak wzmaga się w oku ogniskowanie, promień przedniej krzywizny soczewki staje się coraz mniejszy. Badając długość tego promienia przy ustawieniu oka na odległość 84 cm i na odległość 10 cm, znalazł M., że promień przedniej krzywizny soczewki przy ogniskowaniu na odległość 10 cm staje się krótszy o 2.29266 mm. *Dr K. Noiszewski.*

Istota jaglicy (O suszczności trachomy.). Prof. Szymanowski. Kijów. (Lekcya wstępna.)

Rozpatrując objawy i przyczyny powstania jaglicy, autor dochodzi do wniosku, że nie ma się do czynienia z chorobą jednolitą, a tylko z reakcyą indywidualną błony śluzowej oka na rozmaite podrażnienia, wyrażającą się w powstawaniu folikułów. Skłonność do oddziaływania w tak silny sposób wydaje się autorowi w dość ścisłym związku ze skrofułami, którą ze swej strony uważa za dyskrazyę, powstałą raczej na tle dziedzicznej kiły, niż, jak to powszechnie przyjęte, gruźlicy. Dalej ważną rolę odgrywają warunki życiowe, czystość, odżywianie, klimat i t. d. Jaglica więc jako osobna choroba nie istnieje — to tylko ciężka postać *conjunctivitis follicularis*, lepiej więc wyrzucić tę nazwę ze słownika lekarskiego, a zastąpić je nazwą *conjunctivitis follicularis*. *Dr K. Noiszewski.*

IV. Z TOWARZYSTW.

Z Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Posiedzenie z dn. 16 grudnia 1904.

Prof. Machek: *Przedstawienie chorej z połowiczą martwotą źrenicy.*

Chora, l. 63, przed kilkoma dniami dostała silnych bólów w przedniej połowie głowy i odtąd źle widzi.

Badanie wykazuje połowiczą ślepotę po stronie lewej *(hemianopsia homonyma sinistra)*, a zresztą prawidłową bystrość wzroku. Przy oświetleniu ogniskowem prawej połowy siatkówki źrenica prawie nie oddziaływa, bardzo żywo zaś przy oświetleniu lewej połowy tejże. Zjawisko to jest wyraźniejsze na oku prawem, niż lewem. Na podstawie tej połowiczej martwoty źrenicy *(hemianopische Papillen-*

starre), wywiadów i przebiegu choroby rozpoznaje prelegent *apoplexia tractus optici dextri*, a ściśle wziąwszy przerwę dróg widzenia po stronie prawej pomiędzy skrzyżowaniem a miejscem oddzielenia się pasma, przez które włókna źreniczne zdążają do ośrodka nerwu okoruchowego, a więc w każdym razie poniżej *corpus geniculatum ext.*

Prof. M. wspomina, że Wilbrand i Saenger podnoszą wątpliwość, czy wogóle można rozpoznać połowiczą martwotę źrenic, a to z tego powodu, że trudno oświetlić jedną połowę siatkówki, a równocześnie nie oświetlić drugiej. Celem wykazania, że to możebne, przedstawia prelegent chorą. Zrozumiałem jest połowiczne oddziaływanie źrenicy, jeżeli się uwzględni, że oko jako system optyczny tak załamuje promienie, że na dnie oka powstaje obraz źródła światła dobrze oświetlony, a reszta dna jest ciemną. Należy się przytem wystrzegać, aby siatkówki nie prześwietlać.

W dyskusyi zabiera głos prof. Beck i dr Meyer.

Prof. Beck zgadza się z prelegentem i jest także tego zdania, że ilość promieni, które nie bywają regularnie załamane, a więc ulegają rozprószeniu, jest minimalna. *A. Bednarski.*

IX zjazd lek. imienia Pirogowa w Petersburgu. Wydział oczny.

Posiedzenie 5 stycznia st. st. 1904.

Noiszewski: *Sprawność wzrokowa i celność strzału* (druk. w Post. Okul.).

Katz nie zgadza się z N., że niejednakowe wyniki, otrzymywane przy badaniu sprawności wzrokowej literami i punktami, pochodzą stąd, że literami badamy widzenie całkowe, a punktami widzenie różniczkowe.

Przyczynę zaś różnicy tych wyników widzi w niedoskonałości współczesnych metod badania sprawności wzrokowej.

Braunsztejn: *Angioneurozy siatkówki oka.*

B. podaje 15 przypadków angioneurozy (skurcz naczyń siatkówki). W 5ciu przypadkach angioneurozy dotknięte były tylko poszczególne gałązki tętnicy wewnętrznej siatkówki *(a. centr. retinae)*; w 2óch przypadkach przyczyną angioneurozy była zbyt słaba czynność serca, w 2óch skurcz tętnicy plamkowej z wybroczynami w siatkówce; w 1nym przypadku przyczyna angioneurozy była kiłową, w 3ech przypadkach samogwałt i nieumiarkowane spółkowanie *(coitus)* i w 2óch miażdżyca naczyń siatkówki *(arteriosclerosis)*.

Ginzburg zarzucił podawcy niewłaściwość zaliczania do angioneurozy wypadków zmian chorobowych w naczyniach siatkówki, dotkniętych miażdżycą *(arteriosclerosis)*.

Gurwicz: Pokazuje *tonometr Fick-Liwszyca.*

Liwszyc zmienił tonometr Fick'a w ten sposób, że podstawę tonometru, którą przykłada się do rogówki i spłaszcza się, zastąpił szklanym klinem prostokątnym, którego przeciwprostokątna naciska na rogówkę, a przez bok klina spostrzega się kółko, utworzone przez uciśniętą rogówkę na podstawie klina.

W miarę, jak tonometr coraz bardziej ciśnie, powiększa się obwód kółka aż do granic podstawy klina; liczbę, którą wówczas wskaże wskaźnik tonometru, mnoży się przez 2 i otrzymuje się wielkość ucisku śródocznego. — D. c. n.

K. Noiszewski.

X miedzynarodowy Zjazd okulistów w Lucernie w dn. 13—17 września 1904. (C. d.).

Gourfein-Welt (Genewa): *De la pathogénie du decollement rétinien dans la rétinite albuminurique.*

Odrębne stanowisko oderwania siatkówki przy *retinitis albuminurica.* Do 6 dotychczas badanych przypadków (Schweigger, Nordenson, Kunz, Uhthoff) dodaje G. dwa nowe, objaśnia i przedstawia stosunki anatomiczne: Nie znalazł żadnego przerwania, ani zrostu siatkówki z ciałkiem szklistem. Zmiany w ciałku szklistem są podobne do innych zmian w organizmie przy białkomoczu, ściągnięcie należy tłómaczyć jako mechaniczne i następowe. Ziarnisty wysięk siatkówki pochodzi z jej schorzenia. Jednostajny wysięk podsiatkówkowy jest podobny jak przy obrzękach. Według jego badań nie można przyjąć ani czynnego, ani biernego pociągania siatkówki przez ciałko szkliste.

Hoffmann (Baden-Baden): *Klinowate wycięcie* (kawałeczka błony śluzowej), *poprawa cięcia Bowmana.*

Bowmana rozcięcie czasem nie wystarcza, dlatego H. wycina trójkątny kawałek błony śluzowej po poprzedniem rozcięciu.

W razie większego ubytku potrzebnym jest szew.

W ten sposób korzystnie leczył H. przewlekłe sprawy spojówkowe, woreczka łzowego i t. p.

W dyskusyi Mellinger poleca postępowanie H., które on często pomyślnie w zastarzałych przypadkach stosował.

Terson (Paryż): *Le traitement opératoire de l'ectropion sénile.*

T. poleca swój sposób operowania, ogłoszony w 1896 roku. Wycięcie załamka spojówkowego połączone z wycięciem trójkątnem skóry obok *commissura externa,* nie potrzeba, jak twierdzi, ani wycinać chrząstki, ani zakładać szwu spojówkowego. T. wykonał 34 operacyi, 31 z pomyślnym skutkiem.

Rozprawa:

Landolt (Paryż): Jeden sposób operacyjny nie wystarcza dla rozmaitych przypadków; przy silnem odwróceniu powieki wycina on według swego sposobu pryzmatyczny kawałek.

Angelucci twierdzi, że operacya Terson'a nie wystarczy przy zmienionej postaci chrząstki i zmniejszeniu napięcia mięśnia okrężnego. Według swego sposobu wycina on chrząstkę i mięsień okrężny.

da Gama Pinto (Lizbona) w niektórych przypadkach skraca długość dolnej powieki, po przecięciu *commissura externa*, i zakłada szew, odcięty kawałeczek znów przytwierdzając.

Swanzy podnosi zalety metody Kuhnt'a.

Nakoniec przemawia T. za swoim sposobem, który nie sprowadza zmiany postaci powieki, ponieważ *cominissura* pozostaje całą i chrząstka jest oszczędzaną.

Reymond (Turyn): *Appareil simple pouvant servir à la détermination de rapports de l'éclairage avec l'acuité visuelle.*

Autor sporządził przyrząd, w którym są zastosowane dwa pryzmaty Wollaston'a, służy on do mierzenia stosunku, jaki zachodzi między oświetleniem a bystrością wzroku.

Santucci (Turyn): *Un symptôme caractéristique des amblyopies nicotiniques et alcooliques.*

S. badał wrażliwość siatkówki na światło za pomocą przyrządu Reymond'a.

Przy pewnem ustawieniu pryzmatów Wollaston'a zdrowe oko natychmiast widzi podwójne obrazy, chore zaś dopiero po pewnem mniejszem lub większem skręceniu pryzmatów. To ma być stały objaw przy zatruciach tytoniem lub wyskokiem. Lecząc, usuwał od chorego wyskok i tytoń, a czynił wstrzykiwania strychniny i podawał sole jodowe lub bromowe.

Surowica »Chéron« (20 cm³) raz tylko pomogła.

W rozprawie broni Galesceanu (Paryż) surowicy »Chéron«. G. przyjmując zatrucie krwi wskutek nadużywania tytoniu i wyskoku, podaje, że przyczyną jest tu żółć, powodująca czynnościowe zaburzenia w siatkówce (Przemiany barwikowego śródbłonka).

Rollet (Lyon): *Lymphome de l'épisclère et lymphome bilatéral de glandes lacrymales.*

U 50letniego chorego na lewem oku guz spojówkowy na granicy rogówkotwardówkowej, drugi na pochewce nerwu wzrokowego, prócz tego gruczoły łzowe, zamienione na małe twarde przypłaszczone guzy. Badanie drobnowidowe wykazuje *lymphadenoma.* Lewe oko zostało wyjętem, guzy gruczołowe wyłuszczone. Po roku żadnego nawrotu nowotworu.

Emmert (Berno): *Jak zachowuje się przy niezborności oftalmometrem znalezione położenie osi do położenia, jakie astygmatyk nadaje poprawiającym walcowatym szkłom przy nastawianiu osobistem?*

Emmert (Berno): *Przyczyny krótkowzroczności i postępowanie w postępującej krótkowzroczności.*

Krótki wzrok powstaje przy słabej już z natury budowie oka, przy wyczerpujących chorobach i zaburzeniach w odżywianiu, przy trwałych znużeniach ciała i oka na szkodliwe wpływy oddziałuje tu głównie mięsień rzęskowy i napina naczyniówkę, a przez pociąganie powoduje krótkowzroczną budowę oka.

E. podaje i uzasadnia postępowanie przy krótkowzroczności wysokiego stopnia.

Rozprawa:

Lange (Brunszwik) tłómaczy brakiem włókien sprężystych usposobienie do powstawania krótkowzroczności.

Dor (Lyon): *L'opothérapie orchitique, comme moyen d'arrêter la croissance des enfants, qui grandissent trop vite et qui présentent, à la suite de cette croissance trop rapide des symptômes de fatigue oculaire.*

Bruns (Nowy Orlean): *Removal of the lens in high myopia.*

Br. Poleca usunięcie soczewki w wieku od 10—25 lat, kiedyto chory najwięcej może mieć pożytku z przebytej operacyi.

Postępowanie powinno być powolnem i ograniczać się do częstszych dyscyzyi. Przy takiem postępowaniu miał mieć Br. znakomite wyniki.

Bahr (Mannheim): *O maturacyi zaćmy.*

B. masuje łyżeczką kauczukową lub płytką szklanną przednią powierzchnię soczewki przez 1—2 minut, wkrapla atropinę i zakłada opaskę obuoczną. Już w następnych dniach występuje zazwyczaj całkowite zmętnienie kory. Wydobycie następuje łatwo piątego dnia. Wyniki co do wzroku są lepsze, niż przy innych metodach, leczenie zaś w klinice, przy niepowikłanych przypadkach, trwa 15 do 16 dni. Raz wydarzyło mu się nadwichnięcie soczewki, a raz pęknięcie blizny po cięciu grotem, przy cięciu dla wydobycia soczewki. Operował w 20 przypadkach i gorąco poleca swój sposób postępowania.

Przy rozprawie zabiera głos prof. Wicherkiewicz z Krakowa:

»Daleki jestem od tego, aby powątpiewać o dobrych wynikach Dra Bahr'a, unosić się jednak nie mogę nad jego zabiegiem w celu szybszego dojrzenia zaćmy, chociażby on był polecanym z tak poważnej strony, jak Förster, a zwłaszcza od czasu, jak stosuję mą

własną metodę wypłukiwania resztek przy wydobyciu niedojrzałych zaćm. Niepomyślny wynik mego zabiegu należy do największej rzadkości, a wtedy wykonuję przecięcie pozostałej zaćmy. Każdy mnie przyzna, że moje postępowanie nie przedstawia tak ciężkiego zabiegu, jak to czyni Bahr w celu przyspieszenia dojrzenia. Bahr naraża chorego na dwie operacye, a przy moim zabiegu w bardzo rzadkich przypadkach potrzebną jest druga operacya. To jest tak przekonywującem, że, jeśli zostawimy choremu wybór między tymi dwoma sposobami, z pewnością wybór padnie na mój sposób operowania, gdyż nie tylko oszczędzi choremu jednej operacyi, lecz chory również zyska i na czasie. Według mego zapatrywania i doświadczenia wątpliwą jest korzyść ze sztucznego zabiegu dla dojrzewania i to nawet, gdy się go robi ostrożnie, przy energiczniejszem zachowaniu można wywołać zwichnięcie lub nadwichnięcie soczewki.

Podany zaś przez Bahr'a przypadek, gdzie na operowanem oku uzyskał znacznie lepszą bystrość wzroku, niczego nie dowodzi, trzeba tu uwzględnić wiele innych czynników, które w grę wchodzą«.

W rozprawie przemawiają dalej Kuhnt i Sattler za sposobem Bahra.

Fuchs uważa zabieg Bahr'a za dobry wprawdzie, ale zbyteczny, gdyż masowanie oddziałuje tylko na przednią korę.

Menacho jest za dwuczasową ekstrakcyą.

Scheffels poleca wydobycie wprost, tak samo zapatruje się Abadie, Knapp, który woli czekać dojrzenia zaćmy.

Schirmer (Gryfia) wtedy przyznaje dobry skutek mięsienia, gdy przedni śródbłonek zostanie zdartym, bo wtedy przenika ciecz z przedniej komory i nawet tylna kora zostaje zaćmioną.

Dransart (Somain) jest za ekstrakcyą wprost i wypłukaniem resztek wodą.

Na zakończenie powiada Bahr, że w rozmaitych miejscowościach różne są postacie zaćm i nie wszędzie te same operacye równe mają wyniki; są pewne rozmaitości geograficzne.

Przyznaje, że sposobu operacyjnego Wicherkiewicza nie znał, ale w przyszłości wypróbuje.

Lapersonne i Poulard (Paryż): *De la discision postérieure précoce.*

Dotychczasowe sposoby operowania wtórorzędnych zaćm dają wyniki niepewne, sposób da Gama Pinto trudny do wykonania, ponieważ grozi wypływ ciała szklistego, zwłaszcza, że on przecina torebkę zaraz po wydobyciu zaćmy. de L. podaje projekt, aby za pomocą przez niego sporządzonej igiełki wnet po operacyi uczynić dyscyzyę. Wbija on igiełkę przez twardówkę 1—2 mm od płatu, trzymając ostrze ku przodowi, dostaje się poza zaćmę, którą z ła-

twością od dołu przecina. Operował w 13 wypadkach, gdzie czynił wycięcie tęczówki, a spodziewał się, że zaćma będzie grubą.

Rozprawa:

Menacho (Barcelona): Poleca przecięcie od przodu, bo lepiej się widzi narzędzie operacyjne i nie naraża się ciała szklistego na uraz.

da Gama Pinto (Lizbona) poleca przednią dyscyzyę.

Vitali (Biari): *Capsulotomia et capsulectomia.*

V. sporządził szczypczyki, któremi wyrywa prawie całą zaćmę, nie mając powikłań, jak następowa katarakta i zapalenie tęczówki.

Bourgeois (Reims): *Le traitement des accidents infectieux après l'opération de cataracte.*

B. zmienia opatrunek po operacyi zaćmy na drugi dzień, w razie podejrzywania zakażenia — pierwszego dnia. Jako jedynie skuteczne zwalczanie zakażenia poleca rozczyn *hydr. oxycyanatum* 1:1000 z czterema kroplami 5% kokainy, najmniej $^1/_2$ cm³ przy jednorazowem wstrzyknięciu. Raz dziennie lub częściej albo rzadziej, stosownie do ciężkości przypadku. Prócz tego używa nieraz kauteryzacyi, atropiny, airolu i t. d.

Rozprawa:

Rogman (Gandawa): W przypadkach grożącego zakażenia stosował *serum* przeciwpaciorkowcowe, częścią pneumokokowe, z dobrym wynikiem. Da Gama Pinto twierdzi, że kokaina strąca *Hg* z roztworu *hydrargyrum cyanatum*, dlategoto używa wypalania, podnosząc wysięk szczypczykami, robi wstrzykiwania podspojówkowe i zastosowuje ogólne leczenie. Przeciwnie dowodzi Bourgeois, że świeży rozczyn *hydr. oxycyanat.* nie strąca się kokainą.

Darier (Paryż): *Importance de le thérapeutique locale par les injections sousconjonctivales.*

Dufour (Lozanna): *Les injectiones sousconjonctivales de sublimé.*

D. chwali wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu, nie używając więcej niż $^1/_2$ strzykawki Pravaz'a, często nawet wystarcza wstrzyknąć kilka kropel. Do roztworu 1:2000 dodaje 2% rozczynu soli przy przypadkach ropnych.

Zwykle jednak używa rozczynu 1—3:10000.

W przewlekłych chorobach naczyniówki lub siatkówki stosuje sam rozczyn soli, ale w podwójnej ilości. Do użycia sublimatu podaje następujące wskazania: ropne owrzodzenia rogówki, zapalenia miąższowe rogówki, zmętnienia ciała szklistego, urazowe zakażenia, szczególnie *chorioiditis macularis.*

Senn (Wyl): *Meine Erfahrungen über Subconjunctivaltherapie.*

S. stosuje od r. 1898 do wstrzykiwań podspojówkowych 2% i 4% rozczyny soli kuchennej i przetworów rtęciowych *hydrargyrum oxycyanatum* 1:5000. Wykonał około 5000 wstrzykiwań. Rozczyn soli stosuje w *herpes corneae, ulcus corneae, keratitis traumatica* i krwotokach siatkówki.

W innych chorobach zastosowuje *Hg oxycyanatum.*

We wszystkich cięższych schorzeniach rogówki w zakaźnych sprawach w oku, przedewszystkiem w zastarzałych sprawach na dnie oka daje *Hg oxycyanatum* pierwszeństwo przed *NaCl.*

Vitali (Bari): *Trattamiento dell'ipopion.*

V. robi podspojówkowe wstrzykiwania soli zamiast cięcia Saemische.

Angelucci (Palermo): *Gli effetti dei topici più communi nella terapia oculare sopra sostanze diffusibili contenute normalmente o eventualmente nel sangue.*

Doświadczenia A. wykazały, że atropina, duboizyna, eumydrina i *ac. picrin.* zmniejszają zawartość białka w cieczy przedniej komory. Pilokarpina, ezeryna, kokaina, dionina, irydektomia z cięciem twardówkowem i podrażnienie elektryczne zwiększają ilość białka, tak samo działa pod spojówkę wstrzyknięte *Hg*, podczas, gdy rozczyny soli pozostają bez działania. Szybkość dyfuzyi wzmaga się przy kokainie, pilokarpinie, ezerynie, dioninie, irydektomii, zmniejsza się zaś po atropinie i duboizynie.

Krzepnięcie ułatwia wstrzyknięcie *Hg* i podrażnienie elektryczne, lecz także kokaina, pilokarpina, eumydrina, dionina i inne.

4ty dzień. 17. IX. 1904.

Przewodniczący: Reymond (Turyn).

Abadie (Paryż): *Variétés peu connues du glaucome, leur traitement.*

A. zwraca uwagę na niektóre postacie jaskry, które pozostają długi czas w okresie zwiastunów, później występują ostrzej z przerwami, a w końcu przechodzą w stałą, wyraźną jaskrę.

Objawy zwiastunowe są trojakiego rodzaju: napadowe bóle, różniące się od nerwobólów brakiem bolesnych punktów uciskowych i przez nieregularne ich występowanie, następnie przypadłości widzenia w tęczowych barwach, po trzecie występowanie zaćmień wzroku. W międzyczasie oczy są prawidłowe. Objawy zwiastunów mogą występować pojedynczo lub w połączeniu. Środki zwężające źrenicę usuwają je. Jedyne usprawiedliwione leczenie irydektomia. Wszystkie ostre lub podostre przypadki i występujące zaostrzenia muszą być operowane. Przewlekła jaskra może być leczoną środkami zwężającymi źrenicę.

Gdzie oba sposoby leczenia zawodzą, musi się przeciąć szyjny nerw sympatyczny.

Wicherkiewicz zauważa, że odmiana, o której wspomina Abadie, nie jest tak rzadką, jakby się to zdawać mogło. Zwłaszcza jaskra przyostra, peryodycznie występująca, jest właśnie częstym objawem u hysteryczek i w neurastenii. Będąc zdania Abadie'go, że tylko dobrze wykonana irydektomia może osoby te uchronić od następstw jaskry, dodaje W., iż zdanie to podtrzymuje o tyle, o ile osoby te nie podlegają właściwemu ogólnemu leczeniu i o ile nie zwalcza się pojedynczych napadów. Na poparcie tego zdania przytacza W. odnośne przypadki, a w jednym z nich irydektomia, wykonana za granicą u osoby podlegającej takim napadom, obniżyła trwale wzrok tego oka, gdy drugie w podobnych warunkach od wielu lat leczone symptomatycznie, a zwłaszcza mięszanką (pil., ezeryna i kokaina), stale zatrzymuje znakomitą bystrość wzrokową. Podobnie u innej osoby, gdzie irydektomia jednego oka połączona była z wynaczynieniem do siatkówki i ciała szklistego, z zanikiem wzroku, gdy drugie oko, nieoperowane a leczone stale od 12 lat symptomatycznie, zachowuje bystrość prawidłową.

Do sklerotomii nie przywięzuje W. żadnej wagi, wykonuje ją tylko w rzadkich przypadkach jako przedwstępną operacyę, gdy na razie, dla płytkości przedniej komory, wykonanie irydektomii połączone z niebezpieczeństwem. Po sklerotomii przednia komora pogłębia się i umożliwia późniejsze wykonanie irydektomii.

Menacho (Barcelona). Postać jaskry A. jest to okres zwiastunów. Irydektomia niezawsze pomaga. Pojedyncza sklerotomia bez wyniku, chyba tylko podspojówkowa, połączona z masowaniem gałki.

Emmert (Berno): *Zur Behandlung schwerer ekzematöser Hornhauterkrankungen.*

W ciężkich schorzeniach rogówki w połączeniu z wypryskiem na twarzy stosuje E. okłady z 5%, maści protargolowej z hyoscyną i eumidryną. *Protargoli* 2·0, *hyoscini* 0·05, *eumydrini* 0·10, *vasel. (lanolini)* 40·00.

Rozprawa.

Eliasberg (Dynaburg) poleca połączenie żółtej maści z maścią z azotanu srebrowego. *Hg-oxyd.* 1%. *Arg. nitr.* 1/2%. *Coc. nitrici* 1%. *Atrop. sulf.* 1%.

Herbert (Bombay): *A distinctive type of conjunctival papule.*

H. opisuje klinicznie i anatomopatologicznie pojedyncze brodawkowate wyrośle na spojówce gałki w obrębie szpary powiekowej jednostronnie występujące.

Przypadki takie często spostrzegał u Indyan.

Herbert: *The chromatophores of the human conjunctiva.*

Barwikowe komórki, występujące bardzo często u Indyan po zastarzałej przybłonkowej sklerozie H. twierdzi, że one są tego samego pochodzenia, co barwikowe komórki przybłonka.

H. Parson (Londyn): *Sume anomalies of pigmentation.*

1. Rozległe zabarwienie spojówki i rogówki. 2. Barwik w podstawowych komórkach przybłonkowych. 2. *Melanosis* spojówki i twardówki z silnem zabarwieniem *tractus uvealis* 3. Wrodzone plamy barwikowe siatkówki. 4. Zabarwienie przy *siderosis* w *tractus uvealis* i w ciałkach rogówkowych.

V. Gros: *Bekämpfung des Trachoms in Ungarn.*

Bajurti (Turyn): *Ancora sul esame microscopico dei vasi della congiuntiva nel vivo.*

B. przedstawia spostrzeżenia o krążeniu i zachowaniu się naczyń spojówki gałki w rozmaitych chorobach i przedstawia rycinę zmian naczyniowych.

Mazza (Genua): *Un nouveau cas de circulation ou infiltration lymphatique. transitoire de la cornée.*

M. zauważył u chorego na przymiot przemijające nacieczenie lymfatyczne rogówki, tak, że przy pochyleniu głowy powstawała biała plama w dolnej połowie rogówki, która znikała przy podniesieniu głowy.

Plamka ta, złożona z linijek cienkich, była w powierzchownych warstwach rogówki.

Jako przyczynę podaje M. zaburzenia w krążeniu.

Houdart (Brest): *Ophthalmie septique et hépatite suppurée simultanées chez un malade atteint de diarrhée endémique des pays chauds.*

H. opisuje bardzo zajmujący przypadek ropnia wątroby z równoczesnem zropieniem przerzutowem lewego oka w przebiegu chronicznej dyzenteryi. Wskutek *panophthalmitis* lewego oka, wyjęto je, zwłaszcza, że drugie okazywało objawy podrażnienia. Badanie wyjętego oka wykazało strepto- i stafylokoki, podczas, gdy punkcya wątroby wykazała płyn ropny bez drobnoustrojów.

Harms (Wrocław): *Zur Frage der Retinitis hämorrhagica, infolge der Erkrankung der Arteria centr. und ihrer Aeste.*

H. na podstawie dokładnych badań gałek ocznych doszedł do wyników, że *retinitis haemorrhagica* powstaje nie tylko przy zamknięciu się tętnicy, lecz także wskutek zmian chorobowych, — lecz także i żyły bywają zatkane.

Constentin (Genewa): *Un cas de diplopie monoculaire d'origine rétinienne.*

C. opisuje przypadek oderwania siatkówki, gdzie oderwana górna połowa siatkówki zwiesza się na dolną tak, że warstwa prę‑

ców i czopków zwrócona do wnętrza gałki. Chory widzi podwojone obrazy, jeden obraz odwrotnie ustawiony tak, jak obraz w zwierciedle. Najprawdopodobniej obie połowy siatkówki były czynne, a na oderwanej powstał obraz, tak, jakby się znajdowała na swojem miejscu.

Morax (Paryż): *La nomenclature ophthalmologique.*

M. proponuje wybór komisyi dla ujednostajnienia nomenklatury okulistycznej.

Addario (Palermo): *L'involuzione senile del vitreo e della matrice ciliare.*

A. omawia zmiany starcze w ciele szklistem i przedstawia odpowiednie ryciny.

Tscherning (Paryż): *Le daltonisme.*

T. podaje przyrząd nowy do mięszania barw, gdzie widmo wytwarza siatka Roland'a.

Meisling (Kopenhaga): *Ein Apparat zur Mischung der Farben und Untersuchung von Farbenblinden.*

Przyrząd do badania ślepych na barwy.

Noiszewski (Dynaburg): *Das Purkinje'sche Phänomen und die Adoptation der Netzhaut.*

Na podstawie doświadczeń za pomocą spektrofotometru Glan'a dowodzi N., że zjawisko Purkinje'go nie zależy od zdolności przystosowania się siatkówki, następnie omawia ustanowienie jednostki dla poczucia barw.

Javal (Paryż): *Evaluation rapide de la perception lumineuse. Photométrie.*

Mowca przedstawia swój pojedynczy i praktyczny przyrząd do szybkiego badania poczucia światła u chorych, a przy użyciu do tego przyrządu barwnych żelatynowych płytek można badać poczucie barw.

Pergens (Maeseyek): *La lisibilité des caractères d'impression.*

P. przedstawia badania co do różnicy odczytywania tak zwanych egipskich i starożytnych liter.

Grossman (Liwerpol): *Das Sanson-Purkinje'sche Reflexbild der vorderen Linsenkapsel.*

Według G. odblask powstaje od warstwy między przybłonkiem soczewki a włóknami soczewkowemi, a nie od przedniej powierzchni torebki soczewki.

Treacher Collins (Londyn): *On the development of the accomodative power.*

Przedstawiając rozwój akomodacyi, opiera się na studyach porównawczo anatomicznych na zwierzętach.

Knapp (Nowy Jork): *Einige Bemerkung über die Abhängig-*

keit der Akkomodation und Motilität von der Refraction, deren Untersuchung und Behandlung.

Krótka wzmianka o ukrytej hyperopii i ezoforyi. Dla chorych poleca najsilniejsze szkło wypukłe, które znoszą przy patrzeniu w dal, a prócz tego nieco silniejsze szkło do patrzenia z bliska.

Ahlström (Gotenburg): *Über Bewegungsbahnen des Auges.* O drogach ruchowych dla oka.

A. bada za pomocą powidoków zmiany położenia oka i przejścia z jednego położenia w drugie. Powidoki wywołuje przy silnie przyćmionej lampie łukowej.

Howe: *On the rapidity of the lateral motions of the eye especially in pathological conditions.*

H. utrwala odblask rogówkowy na filmie w ciemni optycznej. Filma porusza się pionowo, rogówka poziomo, w wyniku otrzymuje się linię krzywą, z której długości oznacza się czas poruszenia rogówki za pomocą widełek stożkowych. Za pomocą tego przyrządu można oznaczyć ukryte niedomogi mięśniowe, a także i *nystagmus.*

Sachs (Wiedeń): *Labyrinthogene Störungen der Blickbewegung.*

Po wycięciu poziomych przewodów łukowych wystąpiły zaburzenia w unerwieniu przy bocznych poruszeniach, zbieżność ócz pozostała prawidłową. S. wspomina o zbieżnym zezie przy chorobach uszu, a względnie labiryntu.

Herbert Parson (Londyn): *Notes of ophtalmic neurologie.*

Wzmianki: 1. Rozszerzenie źrenicy przez korowe podrażnienie i przy przecięciach nerwów mózgowych III, V i nerwu sympatycznego. 2. Usiłowania w celu wykazania nerwów zwężających naczynia i w siatkówce i w *tractus uvealis* przez mierzenie śródocznego ciśnienia.

Drażnienie części szyjnej n. sympatycznego u psów wywołuje najpierw rozszerzenie źrenicy, później silne zmniejszenie napięcia przez zwężenie naczyń.

Bernheimer (Insbruk): *Weitere Untersuchungen zur Kenntniss der Lage des Sphinkterzentrums.*

Przedstawia swoje preparaty mózgowe, które wykazują, że zniszczenie pokrycia wzgórków czworaczych jest bez działania na zwieracz.

B. przyjmuje ośrodek mózgowy zwieracza w przedniej trzeciej części przednich ciał czworaczych pod *aquaeductus S.* na lewo i na prawo od linii środkowej.

Małpy ze zniszczonem jądrem zwieracza okazywały stały brak wrażliwości źrenicy na światło.

Wehrli: *Ueber die mikroskopische Untersuchung eines Falles*

von Seelen- und Rindenblindheit mit Berücksichtigung der Lokalisation der Macula.

Przypadek przedstawiał obustronne połowicze widzenie, które nagle wystąpiło, z trwale wygasłem środkowem widzeniem, utratą pamięci optycznej i niezdolnością oryentowania się w przestrzeni i połowiczną ślepotą duchową *(Seelenblindheit)*. Mikroskopowo wykazał W. zmiany pierwotne i następowe, mianowicie obustronne zwyrodnienie strzałkowego rdzenia potylicznego i włókien głównych dróg. Siatkówka, nerw wzrokowy i *tractus opticus* zupełnie nie zniszczone. Strzałkowy rdzeń, jego główne włókna, promienistości wzrokowe, *fasc. long. inf. tapetum* pierwotnie zmienione. W *lobus occipitalis* rozmiękczenia części kory wskutek skrzepu.

Wtórorzędne zwyrodnienie dotyczyło promienistości wzrokowych *(Sehstrahlung)* i *corp. genicul. extern.*, również i kora *fissurae calcarinae* była zniszczona. Dotychczasowe przypadki tak zwanej ślepoty korowej nie nadają się, aby dokładnie ograniczyć sferę widzenia albo ośrodka plamki.

Valude (Paryż): *Le chlorure d'ethyle et anasthésie générale.*

V. podnosi zalety narkozy chlorkiem etylu, uważa ją za bezpieczną i praktyczną przy ocznych operacyach, trwa nieco dłużej, niż przy stosowaniu bromku etylu. Podczas niej można wykonać podwójną irydektomię lub enukleacyę. Narkoza ma trwać 2—3 minut i nie ma żadnych szkodliwych następstw.

V. przedstawia maskę do narkozy Dra Siffr'ego, sporządzoną przez firmę Palmer w Paryżu.

Basso (Genua): *L'estirpatione del sacco e del canalè lacrymale.*

B. opisuje sposób usunięcia woreczka łzowego wraz z przewodem w celu uzyskania trwałego wyleczenia, stosował on go w rozmaitych postaciach zapalenia woreczka łzowego.

Prócz tego opisuje autor rozmaite wyrośle przy ujściu przewodu łzowego.

Holth (Chrystyania): *Zur Technik des polychromen Hornhauttätowierung.*

H. opisuje swój sposób operacyjny i wyjaławiania na króliku. Przybłonek w polu operacyjnem musi być usuniętym. Do zabarwienia używa rozmaitych barwików. Przez 8 miesięcy zauważył trwałe wyniki swoich zabiegów. Operował podczas jednego posiedzenia w ciągu $^1/_2$ godziny, a do znieczulania używał kokainy z adrenaliną.

Emrys Jones (Manchester): *A procedure for producing a perfect stump.*

E. po enukleacyi założył zaraz szklaną kulistą protezę i otrzymał dobry przebieg wyleczenia i ruchomość protezy.

Weeks (Nowy Jork): *Description of an operation for prooding cul de sacs for the lodgment of an artificial eye in cases, in which the conjunctival sacs hare been obliterated from any cause.*

W. operacya przy skróceniu i zbliznowaceniu worka spojówkowego polega na przyszyciu płata do okostnej brzegu oczodołowego.

Schanz (Drezno): *Eine neue Visiervorrichtung.*

Przedstawia nowe urządzenia do celowania.

Chevallereau i Chaillous (Paryż): *Recherches sur l'étiologie de l'iritis.*

Wśród 131 przypadków zapalenia tęczówki jako podstawę zapalenia rozpoznał *lues,* w 13 przypadkach z wielkiem prawdopodobieństwem. 3 razy podstawą była gruźlica, 7 reumatyzm stawowy, 9 razy reumatyzm w połączeniu z rzeżączką, a 8 razy z chorobami narządów podbrzusza. W 5ciu przypadkach zapalenie tęczówki było następowem, w 27 przypadkach nie można było wykazać przyczyny, w poszczególnych przypadkach zapalenie tęczówki występywało przy *diabetes,* białkomoczu. przy rekonwalescencyi itp.

Motais (Angers): *De la transmision de l'ophthalmie sympathique par la voie veneuse.*

O zapaleniu współczulnem drogą żylną.

Pollack (Paryż): *Manifestations du chromatisme de l'ocil.*

Autor przedstawia wpływ refrakcyi na odczuwanie barw.

C. d. n.

Dr Berezowski.

V. LECZNICTWO.

Suprareninum hydrochloricum, przetwór nadnercza, wyrabia fabryka Hoechst. a dr Hamm z Brunświku donosi o doskonałych własnościach tego środka. który dostaje się do handlu w ciemnych buteleczkach w rozczynach 1 na 1000.

10 gr. takiego rozczynu kosztuje 1.5 mk.

Rozczyny chlorku suprareniny znoszą dodatki kokainy, atropiny, ezeryny, siarczanu cynkowego, nie ulegając zmianom.

Suprareninum boricum stanowi proszek łatwo rozpuszczalny we wodzie. Zawartość cewki 0.065 wystarcza do sporządzenia rozczynu wodnego 50 gr., równoważnego rozczynowi 1:1000 chlorku suprareniny.

Dtsche Med. Wchschrift. 1904, Nr 52.

Natr-benzol-sulphonicum do zastrzykiwań podspojówkowych zaleca prof. Webster Fox z Filadelfii, twierdząc, że skuteczność jest niewątpliwa w zmętnieniach ciałka szklistego, dalej w zapaleniu miąższowem rogówki i zmętnieniach rogówkowych.

Przepisuje: *Sodium sacchar.* 5.0—10.0 na *Aq. dest.* 30.0. Po znieczuleniu spojówki wstrzykuje całą zawartość sikawki 10—20 c. c., a następnie mokrą zakłada opaskę. Wypuklenie pęcherzykowate na około rogówki ma rzekomo znikać już po $^3/_4$ godziny, a tylko bardzo wrażliwe osoby zatrzymywał w szpitalu. Już po 9—10 zastrzyknięciach, robionych co 3—4 dni w najrozmaitszych postaciach zapaleń rogówkowych, zmętnienia rogówkowe miały znikać (100 przyp.), a także i stare plamy rogówkowe korzystnie pod wpływem tego środka zmieniały się. Również korzystne wyniki otrzymywał autor w przypadkach zmętnień ciałka szklistego. Tutaj robi zastrzykiwania 2 razy tyg. przez 3 tyg.

Wschrift f. Ther. u. Hyg. d. Auges. Nr 9. 1904.

Stypticyne przeciw *chorioiditis haemorrhagica*, a także przeciw krwotokom do ciałka szklistego poleca prof. Peschel we Frankfurcie n. M. Podaje tableciki stypticynowe Merck'a po 0.05 5—6 dziennie.

Dtsche med. Wschrift. Nr 44. 1904.

Parafine, połączoną z waseliną, o ciepłocie topnienia 41^0, uważa Stein we Wiesbadenie za najodpowiedniejszą do celów plastycznych, a nie zastrzykuje więcej od razu nad 3 cm^3.

Dtsche med. Wschrift. Nr 36 i 37. 1904.

Eukainum lacticum, łatwo rozpuszczalne, doskonale zastępuje kokainę, a daleko mniej od tejże jest trującym środkiem. Zapisuje się: Rp.: *Eucaini lact.* 0.1—0.2. *Sol. adrenalini* 1/1000 *gtt. X. Sol. natr. chlor.* 0.6$^0/_0$ *ad* 100.0. Ds. Do zastrzykiwań nabiegowych przed operacyą. *W.*

VI. ROZMAITOŚCI.

Opoterapia hepatica przeciw hemeralopii. W czasie 14 kongresu dla med. wewnętrznej w Rzymie przytoczył Roncaglio dwa przypadki, w których ze skutkiem wyleczył hemeralopię przez podawanie surowej wątroby w ilości 100—200 gramów. Uważa on samoistną hemeralopię, jako wyraz niedostatecznej czynności wątroby. W nowszych czasach podobne przypadki wyleczenia hemera-

lopii wątrobą podali Trantas i Pech. Przez taką opoterapię niedostateczna czynność wątroby zostaje sparaliżowaną, a protoplazma hexagonalnych komórek pigmentowych, odgrywających ważną rolę przy tworzeniu się szkarłatu *(Sehpurpur)*, odzyskuje prawidłowe własności.

Wedle ref. Muench. med. Wchschrft. Nr 51. 1904.

Zabarwienie skóry powiek brunatne, równomierne uważał Jelinek za wczesny objaw choroby Basedow'a, a badania krwi w przypadkach Basedow'a, przez Jelinka i Rosina przeprowadzane, wykazały, iż ilość hemoglobiny jest względnie zmniejszoną, a tem samem siła barwiąca *(Faerbekraft)* krwi miałaby być wzmożoną. —

Wiener kl. Wchschrift. 1904. Nr 43. *W.*

VII. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Rollet mianowany prof. kliniki oftalm. w Lyonie.

VIII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. dr Gradenigo w Padwie, dr J. R. Wolfe em. prof. okulistyki przy St. Mungos College w Glazgowie.